

**Katamnestiche Untersuchung an 201 teilweise
ambulant, teilweise stationär behandelten
Alkoholikern aus den Jahren 1969 bis 1971**

Wolfgang Müller

1981



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AUS DEM MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR PSYCHIATRIE, MÜNCHEN

GESCHÄFTSFÜHRENDER DIREKTOR: Prof. Dr. D. Ploog

Katamnestische Untersuchung an 201 teilweise ambulant,
teilweise stationär behandelten Alkoholikern aus den
Jahren 1969 bis 1971

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität München
vorgelegt von

Wolfgang Müller
aus Buching

München 1981

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter: Prof.Dr. Feuerlein / Prof.Dr. D. Ploog

Mitberichterstatter: Prof.Dr. Hippus

Dekan: Prof.Dr. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 8.10.1981



GLIEDERUNG

	Seite
I. Einleitung und Fragestellung	1
II. Literatur	3
1. Katamnese	3
2. Spontanremission	4
3. Schwundpatienten	4
4. Nachsorge	5
5. Sterblichkeit	5
6. Todesursachen	6
7. Suizid und Alkohol	6
III. Material und Methoden	8
1. Patientengut	8
2. Diagnosen	10
3. Geschlecht	10
4. Behandlungsort	10
5. Alter	10
6. Einzugsgebiet des MPIP und nerven- fachärztliche Versorgung	10
7. Soziologische Daten	11
8. Vorbehandlung und Vorbetreuung	12
9. Mißbrauch und Abhängigkeiten, außer Alkohol und Rauchen	12
10. Damalige Therapie	13
11. Überweisung zur Weiter(Nach)Be- handlung oder Nachbetreuung	15
12. Methoden der Datenerhebung aus dem katamnestischen Zeitraum	15
13. Auswertung der gewonnenen Daten	20
14. Einschätzung der Methode	21

IV.	Ergebnisse	24
1.	Informationsdichte	24
2.	Schwundpatienten	24
3.	Nachsorge	25
4.	Konsum von Alkohol und Psycho- pharmaka	30
5.	Wiederauftreten schwerer psychi- scher Störungen und stationäre Wiederaufnahmen	36
6.	Todesfälle im katamnestischen Zeit- raum	39
7.	Veränderungen der familiären, be- ruflichen und Wohnsituation	42
V.	Diskussion	44
1.	Einschätzung des Patientengutes	44
2.	Schwundpatienten	49
3.	Nachsorge	52
4.	Konsum von Suchtmitteln	54
5.	Wiederauftreten von schweren psychi- schen Störungen und stationäre Wiederaufnahmen	59
6.	Todesfälle	59
VI.	Zusammenfassung	62
VII.	Literaturliste	65
VIII.	Tabellen und Abbildungen	74

I. Einleitung und Fragestellung

Lebens- und Schicksalsverläufe spielen in der Erforschung von Ursachen und Behandlungsergebnissen von Alkoholikern seit Jahrzehnten eine große Rolle. Der chronische Alkoholiker leidet in der Regel ja nicht an einer akuten Gesundheitsstörung, wie sie z.B. eine Appendizitis darstellt, sondern er führt sich andauernd Gesundheitsschäden im Verlauf seiner Trinkerkarriere zu. Vom Prozeßcharakter der Entstehung und des Verlaufs und der bisherigen theoretischen und praktischen Unmöglichkeit echter Heilung ausgehend, kommen der Analyse der Beeinflussungsmöglichkeiten und natürlich auch der Darstellung der medizinischen, psychischen und sozialen Folgen eine große Bedeutung zu.

Das gilt besonders auch für die Bundesrepublik Deutschland, angesichts ständig ansteigenden Konsums von alkoholischen Getränken, der Änderung von Trinksitten z.B. von Frauen und Jugendlichen, und damit ständig ansteigender Zahl von Menschen, die sich durch ihren Alkoholkonsum "deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen" (WHO, 87) zufügen.

Für unsere Untersuchung an überwiegend ambulant, teilweise auch stationär behandelten Alkoholikern des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München aus den Jahren 1969/71 stellten sich folgende Fragen:

1. Welches ist der Kreis der in der Katamnese nicht mehr erfaßbaren Alkoholiker und wie ist dieser Personenkreis strukturiert ? ("Schwundpatienten")
2. Wieviele Pat. wurden zur Nachsorge überwiesen und welche Nachsorgemaßnahmen fanden tatsächlich statt ?
3. Welches Konsumverhalten in bezug auf Alkohol und Psychopharmaka zeigten die Alkoholiker während des katamnestischen Zeitraums ?

4. Wieviele der Alkoholiker kamen während des katamn. Zeitraums wegen psychischer Störungen wieder in stationäre Behandlung ?
5. Wieviele der Alkoholiker sind im katamn. Zeitraum verstorben und wie ist die Gruppe der Todesfälle strukturiert ? Was waren die Todesursachen ?

II. Literatur

1. Katamnese

In der deutschsprachigen Literatur ist die Arbeit von Wieser (82) aus dem Jahre 1966, die eine kritische Übersicht über die Publikationen zu Katamnesen und Prognosen beinhaltet, von großer Bedeutung. Der Autor wies darin auch auf die erheblichen Schwierigkeiten hin, die entstehen, wenn Verläufe und Behandlungserfolge der Alkoholismustherapie dokumentiert werden sollen.

Dabei ist sowohl der phasenhafte Charakter des Alkoholismus (Jellinek, 38) zu berücksichtigen, was bedeutet, daß zum Zeitpunkt der Erhebung oft nur die aktuelle Phase des Trink- oder Sozialverhaltens erfasst werden kann, während kurz später z.B. ein Rückfall oder eine (Spontan-) Remission eintritt.

Zum anderen werden immer wieder methodische Probleme aufgeworfen: Wie soll die Auswahl der Pat. erfolgen? Gibt es eine Kontrollgruppe? Was ist ein unbehandelter (aber diagnostizierter) Alkoholiker? Wann spricht man von freiwilliger Behandlung des Alkoholkranken?

Letztlich ist es auch schwierig, exakte Bewertungskriterien eines Therapieerfolges anzugeben, da ja Heilung nicht erzielt wird. Nimmt man z.B. "Beschwerde- und Symptombefreiheit in sozialer Selbständigkeit" (Feuerlein, 22), so werden die Erfolgsziffern sicher sehr niedrig ausfallen. Van Dijk (19), wie auch Robson (68) geben einen "mehrdimensionalen Ansatz" der Erfolgsbewertung an.

Viele Autoren meinen, daß die totale Abstinenz allein noch keinen Erfolg darstellt, sondern vielmehr als eine notwendige Voraussetzung hierfür anzusehen ist (Solms (76); Kardos (40); Feuerlein (22)), bzw. als ein Bewertungskriterium gilt, neben den anderen kritischen Bereichen der totalen "life health", wie sie Pattison (65) nennt.

2. Spontanremissionen

Wichtig erscheint auch die Feststellung Wiesers (82), daß "eine repräsentative Gruppe von Alkoholikern ... zu einem beliebigen Zeitpunkt Abstinente aufweisen (wird), deren Anteil bis zu 10% des Sample betragen kann". Man könne sogar mit 20-25% Gebesserten und Abstinenten rechnen!

Davon ausgehend werden die therapeutischen Erfolge einer kritischen Prüfung unterzogen. Mit Solms (76) kommt er zu der Erkenntnis, daß weniger die Behandlungsmethode als vielmehr psychische, soziale und biologische Charakteristiken sowie das bereits erreichte Stadium des Alkoholismus das Behandlungsergebnis prägen!

Als relevant werden folgende Faktoren angegeben: ziviler Stand, Stetigkeit der Beschäftigung, Einkommen, Bildungsgrad, Kriminalität, Motivation, primäre Persönlichkeitsstruktur, Intelligenzgrad, Beginn und Dauer des Alkoholismus (vergleiche auch: Mindlin (61), Zuber (89), Selzer u. Holloway (75), Yasargil (88), Davies, Sheperd u. Myers (16)). Bei Glatt (28) erscheinen als wichtige Faktoren Psycho-pathie sowie das Geschlecht.

Auch in den neueren Arbeiten, v.a. aus dem angloamerikanischen Schrifttum werden diese Ergebnisse bestätigt (Ludwig (55), Moore u. Buchanan (62), Boggs (7), Imber (37)). Ähnliche Resultate hatten früher schon Bowman u. Jellinek (8), Voegtlin u. Lemere (80), Guillespie's (29), Hill u. Blane (32) berichtet.

3. Schwundpatienten

Bei der kritischen Durchsicht der Literatur geht Wieser (82) bezüglich der Erfolgsangaben auch auf einen anderen wesentlichen quantitativen Faktor ein, nämlich die Fehlerquelle, die durch die "Schwundpatienten" entstehen kann. Es wird festgestellt, daß viele gute Behandlungsergebnisse nur deshalb zustande gekommen sind, da die prognostisch wohl ungünstige Gruppe der nicht mehr auffindbaren bzw. erreichbaren Pat. ausgeklammert worden ist (besonders bei Norvig u. Nielsen (63)).

Bei seiner Literaturübersicht kritisiert auch Guillepie's (29) die mangelnde Information über die Anzahl der Schwundpat.

In manchen Arbeiten werden dagegen die Schwundpat. in die Gruppe der Mißerfolge eingereiht (z.B. Jellinger in Kryspin-Exner (39)).

4. Nachsorge

Aus dem Verlauf des Alkoholismus in seiner chronischen Form mit Zeiten der Besserung, der Krise und der Rückfälle ergibt sich die Notwendigkeit einer Langzeitbehandlung und der "nachgehenden Fürsorge", die von den Behandlungseinrichtungen gewährleistet werden sollten. Darauf wiesen insbesondere Wieser (82), Zuber (89), Kardos (40), Tillotson und Fleming (78), Kryspin-Exner (39) und Feuerlein (24) hin. Leider ist diese Forderung in der BRD erst in Ansätzen verwirklicht (siehe sog. Enquete-Bericht (6)).

5. Sterblichkeit

Über die erhöhte Sterblichkeit von Alkoholikern gibt es viele Hinweise in der Literatur.

Manchmal wurde die verringerte Lebenserwartung berechnet (z.B. bei Selzer u. Holloway (75)). Andere Autoren geben die Übersterblichkeit an (Wieser u. Kunad (83), Davies (17), Medhus (58), Sundby (77), Schmidt u. de Lint (72), Menge (59), Gabriel (27), Lipscomp (53), de Lint u. Levinson (52)). Interessant war auch die Untersuchung von Pearl (66), die die höchste Lebenserwartung dem mäßigen Trinker zusprach, gefolgt vom Abstinenten und dem schweren Trinker.

Oft aber wird kein Vergleich mit der Sterblichkeit der allgemeinen Bevölkerung gezogen; methodische und statistische Gründe geben dafür den Ausschlag. Nur Absolut- oder Prozentzahlen erscheinen bei Costello (14), Jellinger (39) und Imber, Schultz u. Funderburk (37).

Dahlgreen (15) fand dagegen keine erhöhte Sterblichkeit !

6. Todesursachen

Zunächst ist festzustellen, daß Alkoholismus sehr selten die alleinige Todesursache bei Potatoren darstellt. Man könnte als Beispiel dafür vielleicht eine akute, tödlich verlaufende Intoxikation mit Äthylalkohol angeben. Vielmehr scheint der chronische Alkoholmißbrauch das Risiko an bestimmten Erkrankungen zu sterben, zu erhöhen.

Für die teilweise erhebliche Übersterblichkeit bzw. reduzierte Lebenserwartung werden deutliche Übereinstimmungen in den am häufigsten aufgetretenen Todesursachen angegeben. Dominierend sind: Leberzirrhose, Herz-Kreislaferkrankungen und gewaltsame Todesfälle durch Suizid und Unfälle.

Die häufigsten Todesursachen werden zwar in ihrer Rangfolge verschieden angegeben, für die Übersterblichkeit jedoch werden die oben genannten verantwortlich gemacht (Choi (12), Clompi u. Eisert (13), de Lint u. Levinson (52), Davies (17), Medhus (58), Menge (59), Norvig u. Nielsen (63), Schmidt u. de Lint (72), Selzer u. Holloway (75), Sundby (77), Wieser u. Kunad (83) u.v.a.m.).

Neben der ungünstigeren Prognose von Frauen (Schmidt u. de Lint (72) fällt besonders die hohe Selbstmordrate auf, die bis auf das 70-fache gegenüber der Normalbevölkerung ansteigt (Kessel u. Grossmann (43)).

7. Suizid und Alkohol

Diese erhebliche Übersterblichkeit von Alkoholikern durch Selbstmord wird von vielen Autoren diskutiert, teilweise unter dem Aspekt der Suizidhandlung in alkoholisiertem Zustand (Ayd (3)), teilweise allerdings auch im Hinblick auf einen "protrahierten Selbstmord" des chronischen Alkoholikers (Menninger (60)).

Chesnais (11) stellt keine einfache Korrelation zwischen Alkoholismus und Suizid her, sondern hebt Faktoren hervor,

die den Selbstmord begünstigen können. Andererseits zeigt er auch die Möglichkeit auf, gerade durch den Alkoholmißbrauch einen alternativen Weg der Selbstzerstörung zu gehen.

Feuerlein (25) sieht im Alkoholismus eine Entstehungsbedingung und Wegbereiterin der Suizidalität. Im Stadium der "Alkohol-Melancholie", die oft als depressive Phase der alkoholbedingten Euphorie folgt, komme es vermehrt zu Selbstmordhandlungen (siehe auch Mayfield u. Montgomery (57)). Brinkmann (9) zeigt u.a. auch auf, daß der geringe sozioökonomische Status und die schlechten Sozialkontakte bei Suizidpatienten, die Alkoholiker sind, gegenüber Selbstmördern ohne Alkoholprobleme, auffallen. Suizid als Ausweg aus einer sonst ausweglosen psychischen, physischen und sozialen Situation !?

III. Material und Methoden

1. Patientengut

Ursprünglich war vorgesehen, nur Patienten, die in der Poliklinik des MPIP untersucht und zum Teil behandelt worden sind und deren Hauptdiagnose "Alkoholismus" (ICD-Nr. 303.0 - 303.9, nach Degkwitz (18)) oder "Alkohol-psychose" (ICD-Nr. 291.0 - 291.9) lauteten, in die Untersuchung aufzunehmen. Dabei sollten im wesentlichen Patienten erfasst werden, bei denen schon in einer früheren Untersuchung aus den Jahren 1969/71 Erhebungen über medizinische, soziologische und psychologische Daten vorgenommen worden waren (Kutschera).

Kutschera (48) untersuchte und verglich ein Kollektiv von männlichen und weiblichen Alkoholikern der Poliklinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie (MPIP) München nach medizinischen, sozialen und psychologischen Gesichtspunkten mit Pat. des Nervenkrankenhauses Haar (NKH) bei München. Die Patientengruppe der Poliklinik umfasste 127 Männer und 39 Frauen aus einer größeren Zahl, die zwischen November 1969 und September 1971 zur Untersuchung gekommen war. Die Vergleichsgruppe des NKH zählte 76 Männer und 25 Frauen. Anhand eines 82 Punkte umfassenden, semistandardisierten Fragebogens, der von den Ärzten des MPIP und einer Sozialarbeiterin für und über die Pat. ausgefüllt wurde, konnten die Daten wie Alter, Geschlecht, Überweisungsmodus, Familiengeschichte, Anamnese der Kindheit und Jugend, Trinktyp und -gewohnheiten, andere Süchte und die Alkoholschäden aus der Vorgeschichte und zur Zeit der Untersuchung gesammelt werden. Zudem wurde der erste Untertest des Hamburg-Wechsler-Testes durchgeführt.

Kutschera fand unter anderem keine wesentlichen Alters- und Intelligenzunterschiede zwischen den MPIP- und NKH-Patienten beiderlei Geschlechts. 90-95% aller Patienten hatten eine abgeschlossene Schulbildung. 51-61% der männlichen und 64-71% der weiblichen Patienten waren stationär vorbehandelt. Dagegen ergab sich, daß die Patienten des MPIP sozial deutlich

höher standen als die Vergleichsgruppe des NKH. 96% der Männer und 64% der Frauen, die in Haar behandelt wurden, entstammten den Unterschichten. 78% der Alkoholiker des NKH, aber nur 28% der des MPIP waren in alkoholgefährdeten Berufen beschäftigt. 54% der männlichen und 72% der weiblichen Patienten des NKH waren gamma-Trinker, dagegen nur 29% der männlichen bzw. 45% der weiblichen Patienten des MPIP. Fast die Hälfte aller NKH-Patienten hatten einen oder mehrere Suizidversuche unternommen; bei den weiblichen Patienten des MPIP waren es immerhin 36%. Sozialer Abstieg war in der MPIP-Gruppe selten festzustellen, jedoch in der NKH-Gruppe sehr häufig.

Beim Vergleich der Geschlechter fand Kutschera eine bessere Schulausbildung, häufiger eine Bereitschaft zur Therapie und einen deutlich höheren Abusus von Drogen bei den untersuchten Frauen. Sie waren nur zu 20-23% verheiratet (Männer: 37-43%). Die Patientinnen des NKH zeigten mit 44% eine sehr hohe Scheidungsrate.

Sowohl die Fragebögen von Kutschera als auch die in der Dissertation (48) zusammengefassten Ergebnisse standen mir zur Verfügung und bildeten in Bezug auf die Patienten des MPIP eine wesentliche Informationsgrundlage für die eigene katamnestische Untersuchung.

Auf ausdrücklichen Wunsch des Vorstandes der Sachverständigenkommission zur Enquete über die Lage in der Psychiatrie, für die die Katamnese angefertigt wurde, mußte der Patientenkreis erhöht werden. Es wurden deshalb auslesefrei alle Pat. mit den oben genannten Diagnosen hinzugenommen, die im gleichen Zeitraum im MPIP stationär behandelt worden sind. Dadurch erhöhte sich die Anzahl der Pat. um 35 auf 201. Eine weitere Erhöhung um Alkoholiker, die von Suchtberatungsstellen oder Selbsthilfeorganisationen ambulant betreut worden sind, wie sie die Sachverständigenkommission ebenfalls wünschte, mußte aus organisatorischen und technischen Gründen abgelehnt werden.

2. Diagnosen

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die erste der dokumentierten (bis zu 3) Diagnosen, die in der Untersuchung von Kutschera erscheint, oder die bei der letzten Entlassung aus stationärer Behandlung im Beobachtungszeitraum (Nov. 1969 bis Sept. 1971) gestellt wurde. Die Restgruppe erklärt sich aus der Zusammenstellung der Erstdiagnose; bei manchen Pat. erscheint "Alkoholismus" an zweiter oder dritter Stelle.

3. Geschlecht

146 Männer (73%) und 55 Frauen (27%) waren in der Gesamtgruppe vertreten.

4. Behandlungsort

Ausschließlich in der Poliklinik des MPIP, also nur ambulant wurden 138 (69%) der Pat. behandelt. 26 Alkoholiker (13%) waren ausschließlich in stationärer Behandlung. 37 Pat. (18%) waren sowohl ambulant, als auch stationär behandelt worden.

5. Alter

Das Alter der Pat. zum Zeitpunkt der Dokumentation, d.h. bei der Untersuchung in der Poliklinik oder bei der Entlassung aus stationärer Behandlung, wird in Tabelle 2 (auch getrennt nach Geschlecht) wiedergegeben.

6. "Einzugsgebiet" des MPIP und die nervenfachärztliche Versorgung

Um zu klären, welches Einzugsgebiet das MPIP München besitzt, wurde die Entfernung des damaligen Wohnsitzes der Pat. zum MPIP ermittelt.

Tabelle 3 zeigt deutlich, daß das MPIP für die Nahversorgung psychisch Kranker eine große Rolle spielt.

Setzt man den Großraum München etwa mit einem Radius von 50 km Entfernung vom MPIP, bzw. von der Stadtmitte Münchens an, so zeigt sich, daß 90% unserer Pat. dort lebten.

7. Soziologische Daten

7.1. Kostenträger der Behandlung

Tabelle 4 gibt wieder, daß der überwiegende Teil der Pat. in RVO- oder Ersatzkassen versichert war. Immerhin 47 Alkoholiker (23%) kamen als Selbstzahler oder Privatversicherte in die Behandlung.

In 7 Fällen mußte das zuständige Sozialamt die Kosten tragen.

7.2. Familienstand, Wohnsituation

Tabelle 5 gibt den damaligen Familienstand der Pat. an. Auffallend im Vergleich zur Alterstruktur ist, daß weniger als 50% der Pat. verheiratet sind.

52 Pat. waren alleinstehend, d.h. sie wohnten weder bei ihrer Familie, ihren Eltern, noch bei Bekannten.

3 Alkoholiker hatten damals keinen festen Wohnsitz, einer wohnte aus fürsorgerischen Gründen, 7 aus Ausbildungs- oder beruflichen Gründen, 3 aus Alters- oder Gesundheitsgründen in einem Heim. 31 Pat. lebten in Untermiete; 152 besaßen eine eigene oder Mietwohnung (siehe auch Tabelle 6).

7.3. Schul- und Berufsausbildung, Sozialschichten

Angaben über die Art der Schulbildung macht Tabelle 7. Immerhin 21% der Pat. absolvierten eine höhere Schule und besaßen das Abitur.

155 (77%) Alkoholiker besaßen eine abgeschlossene Berufsausbildung (einschließlich Anlernberufe), davon 62 eine Facharbeiterausbildung, 43 hatten eine Berufsfachschule

absolviert, 18 hatten eine Akademie, höhere Fachschule oder ein Polytechnikum besucht, 24 hatten ein Hochschul- oder Universitätsstudium abgeschlossen. Das Berufsverhältnis zur Zeit der Behandlung gibt Tabelle 8 wieder.

In den drei Monaten vor der Behandlung wurden 27 Pat. gekündigt, suspendiert oder hatten ihre Berufstätigkeit beendet, 8 weitere waren mehr als 3 Monate arbeitslos. 121 (60%) befanden sich in einem Beschäftigungs- oder Ausbildungsverhältnis. 22 Pat. hatten sich bis zum Zeitpunkt der Dokumentation beruflich gegenüber ihrem Ausbildungsniveau verschlechtert, nur sechs gaben einen beruflichen Aufstieg an.

In der Tabelle 9 ist die daraus resultierende soziale Schichtung festgehalten, die im wesentlichen an die Definition von Hollingshead und Redlich (35) angelehnt ist und teils aus der Arbeit von Kutschera übernommen ist, teilweise vom Referenten (für die Klinikpatienten) ergänzt wurde.

8. Vorbehandlung und Vorbetreuung

Einer ein- oder mehrmaligen stationären psychiatrischen Behandlung, die nicht durch den Alkoholismus bedingt war, hatten sich je acht Patienten vor dem Beobachtungszeitraum unterziehen müssen.

Wegen des Alkoholismus waren 140 (70%) in stationärer Vorbehandlung, allerdings zumeist in einem Allgemein-krankenhaus, gewesen (Tabelle 10).

In ambulanter Vorbehandlung befanden sich 130 Pat., zumeist bei ihrem Hausarzt (Tabelle 11).

Nur 29 (14%) waren in einer Vorbetreuung durch einen nicht-ärztlichen Therapeuten.

9. Mißbrauch und Abhängigkeit, außer Alkohol und Rauchen

Von den 201 Pat. gaben bei der Dokumentation 31 einen Medikamentenmißbrauch einer Drogengruppe, 13 einen Mißbrauch mehrerer Drogengruppen an. Jeweils ein Pat. war

von einer bzw. mehreren Drogengruppen abhängig (süchtig).
Dazu siehe auch Tabelle 12.

10. Damalige Therapie

Von den 201 Pat. konnte nur ein Teil einer gezielten Therapie des Alkoholismus zugeführt werden. Der Großteil der Poliklinik-Pat. wurde wegen des Verdachts auf Alkoholismus konsiliarisch untersucht. Wegen organischer Folgeschäden oder Delirium tremens standen 85 in stationärer Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus, v.a. in dem dem MPIP benachbarten Städt. Krankenhaus München-Schwabing. Diese Pat. wurden anlässlich der konsiliarischen Untersuchung in die "Alkoholiker-Dokumentation" aufgenommen, zu Informationsabenden in die sog. Info-Gruppe ins MPIP eingeladen und bei Ansprechbarkeit und kooperativem Verhalten über gezielte Therapiemöglichkeiten aufgeklärt. Das bedeutet, daß nach dem vorgeschlagenen Therapieschema von Feuerlein (22) die Erfassung, Untersuchung und Diagnosestellung als erstem Schritt der Behandlung vollzogen wurde. Über die Infoabende sollte der zweite Schritt gegangen werden, d.h. durch Information und Weckung der Motivation die Vorbereitung der eigentlichen Therapie erfolgen. Bei den Einsichtigen sollte dann die therapeutische Überweisung erfolgen, bei den völlig Uneinsichtigen konnte dagegen oft nur eine Empfehlung zur Durchführung einer medikamentösen Therapie an das behandelnde Krankenhaus gegeben werden.

10.1. Medikamentöse Therapie

So sollten 10 Pat. unspez. Medikamente (meist Vitaminpräparate) erhalten, 39 Pat. wurde Disulfiram zur Unterstützung eines ambulanten Therapieversuches verordnet. 65 Pat. sollten mit Psychopharmaka (z.T. Distraneurin) v.a. wegen möglicher Entzugerscheinungen therapiert werden. Bei 95 Pat. wurde keine medikamentöse Behandlung durchgeführt oder dokumentiert.

10.2. Psychotherapie

Nur ein geringer Prozentsatz der Pat. konnte damals einer gezielten Psychotherapie des Alkoholismus zugeführt werden. Dafür war einerseits mangelnde Einsicht der Pat., andererseits auch begrenzte Kapazität des MPIP verantwortlich. So wurde dann auch bei 146 (73%) keinerlei Psychotherapie durchgeführt. 1 Pat. wurde unter stationären Bedingungen einer sog. Kleinen Psychotherapie (autogenes Training, Hypnose, Psychagogik etc.) unterzogen.

Mit 15 Pat. wurde eine Aversionsbehandlung mit elektrischen Schlägen (siehe Kemper (41)) durchgeführt.

Insgesamt 36 Pat. nahmen damals einzeln oder in Gruppentherapie an einer Behandlung im MPIP teil, oder besuchten zunächst oder ausschließlich die sog. Infogruppe.

Insgesamt war die Bereitschaft der Alkoholiker, die wegen organischer Erkrankungen in Allgemeinkrankenhäusern lagen, eine spezifische Therapie ihres Alkoholismus einzuleiten, wesentlich geringer, als bei Pat., die auf Überweisung ihrer Hausärzte, Nervenfachärzte, Psychiater oder Selbsthilfegruppen, ambulant und mehr oder minder freiwillig ins MPIP kamen.

Die Zahl von 6 Pat., die als Besucher der Infogruppe in der Tabelle 13 erscheinen erklärt sich dadurch, daß hier nur Alkoholiker angegeben wurden, die mehr als einmal zu einem Gruppenabend erschienen sind. Grundsätzlich wurden nämlich alle Pat., auch diejenigen, die ihren Alkoholkonsum bagatellisierten, bzw. einen Mißbrauch oder eine Abhängigkeit nicht einsahen oder eingestanden, in die Info-Gruppe eingeladen. Zur Unterscheidung zwischen Pat., die im Rahmen der normalen Kontaktaufnahme nur eingeladen worden sind, garnicht oder nur einmal an einem Gruppenabend teilgenommen hatten, dann aber zu keinen weiteren therapeutischen Schritten bereit waren und den Pat., die öfter und mehr oder minder regelmäßig an der Infogruppe teilnahmen, wurden nur letztere als Teilnehmer dokumentiert.

11. Überweisung zur Weiter- (Nach-) Behandlung oder Nachbetreuung

Im Rahmen des Versuches eine Therapie einzuleiten, eine Behandlungskette nicht zu unterbrechen, sollten die Pat. wenn möglich zu einer Weiterbehandlung, z.B. zur stationären Entgiftung in ein Allgemeinkrankenhaus, oder zur Nachbehandlung nach ambulanter oder stationärer Th. im MPIP an einen geeigneten Therapeuten überwiesen werden. Bei nicht kooperativen Pat. erfolgte deshalb keine "gezielte Überweisung zu einem ärztlichen Therapeuten" (vergleiche Tabelle 14).

Die Anzahl der Pat., die "gezielt zur Nachbetreuung" überwiesen wurden, gibt Tabelle 15 an.

12. Methoden der Datenerhebung aus dem katamnestischen Zeitraum

Der katamnestische Zeitraum (kZr) beginnt mit Abschluß der ambulanten oder stationären Behandlung im Beobachtungszeitraum (Nov. 1969 - Sept. 1971) und endete mit Abschluß der Nachuntersuchungen Ende September 1974. Er betrug maximal 4 Jahre und 10 Monate, minimal 36 Monate.

12.1. Datenerhebung aus der Alkoholiker-Dokumentation und Krankengeschichten

Ein Ausgangspunkt der Datenerhebung stellte die schon erwähnte Arbeit von Kutschera (48) dar. Dem Referenten standen die Dokumentationsbögen von damals zur Verfügung. Die items erstreckten sich auf den medizinischen, soziologischen und psychologischen Bereich und machten im wesentlichen die Angaben zur Vorgeschichte, zum Teil aber auch zur eingeleiteten Therapie und eventuellen Überweisungen. Ergänzt wurden diese Informationen durch die Krankengeschichten der Pat. von Poliklinik und Klinik des MPIP. So wurden die Daten zur Vorgeschichte, d.h. in unserem Erhebungsbogen Teil I. (Item 1 - 29)

zusammengestellt. Es konnten aber auch bereits Daten gesammelt werden, die den katamnestischen Zeitraum betrafen, wie z.B. stationäre oder ambulante Behandlungen.

12.2. Ermittlung der Adressen

Die ebenfalls aus der Dokumentation bzw. den Krankengeschichten entnommenen damaligen Adressen sollten überprüft werden, da sich mit einiger Wahrscheinlichkeit bei einem Teil der Pat. die Anschrift verändert hatte. Wir ließen beim Einwohnermeldeamt München die Adresse von 167 Pat. überprüfen, die zum Zeitpunkt der Behandlung ihren Wohnsitz in München hatten. Es wurden 54 Umzüge ermittelt und zwar 35 innerhalb Münchens und 19 nach außerhalb. Außerdem machte das Einwohnermeldeamt Angaben über 8 Todesfälle. Bei der ersten Anfrage konnte die Adresse in 21 Fällen nicht ermittelt werden. Bei weiteren 29 Anfragen, die später erfolgten, waren weitere Umzüge zu ermitteln. Außerdem wurde der Tod in 6 weiteren Fällen bestätigt. Bei 8 Personen blieb die Adresse weiterhin unbekannt. Auch auswärtige Einwohnermeldeämter wurden schriftlich um Adressenermittlungen gebeten. Kam nämlich der erste Kontaktbrief (siehe unten) als unzustellbar zurück oder blieb er unbeantwortet, so wurde die zuständige Gemeindeverwaltung gebeten, die Anschrift zu überprüfen. Ein weiterer Todesfall wurde so bekannt sowie Adressenänderungen. Durch 223 schriftliche Anfragen an Einwohnermeldeämter ergaben sich verwertbare Angaben über aktuellen Wohnsitz und in 15 Fällen über das Ableben der Pat..

12.3. Kontaktbriefe

Zur ersten Kontaktaufnahme zu den Pat. wurden am 30.10.1973 195 Briefe versandt. Der Inhalt bestand aus einem Hinweis auf eine wissenschaftliche Erhebung des MPIP und der Bitte, dabei zu helfen. Ein kurzer Fragebogen über berufliche

Situation und ärztliche Behandlungen war auf der Rückseite des Briefes abgedruckt und sollte beantwortet werden. Schließlich wurde gebeten die Anschrift des behandelnden Arztes anzugeben. Ein adressiertes Freikuvert war beigelegt, um die Beantwortung und Rücksendung soweit als möglich zu erleichtern. Auf diesen ersten Brief kamen 91 Antworten, das entspricht einem Rücklauf von 46%. In 86 Fällen antworteten die Pat. selbst und füllten den Fragebogen meist vollständig aus. In 5 Fällen wurde von Angehörigen das Ableben der Pat. mitgeteilt. 31 Briefe kamen als unzustellbar zurück.

Nach erneuter Adressenüberprüfung (siehe oben) wurden am 7.12.73 86 Briefe per Einschreiben verschickt. Inhalt und Fragebogen waren mit dem ersten Brief identisch. Auf das Einschreiben antworteten 42 Pat., in 9 Fällen teilten wiederum Angehörige den Tod des Pat. mit.

Insgesamt betrug beim zweiten Brief der Rücklauf ca. 59%. Mit diesen beiden Briefen (281 einzelne Schreiben), die primär den Zweck der ersten Kontaktaufnahme hatten und die Resonanz und Bereitschaft zur Mitarbeit testen sollten, konnten immerhin von 128 Pat. (64%) schriftliche Informationen gesammelt werden. Von den Angehörigen wurden weitere 14 Todesfälle mitgeteilt.

Später diente dieser beantwortete Brief auch als wichtiges Hilfsmittel, um bei Hausbesuchen die Bereitschaft zum Interview zu erhöhen. Ich konnte durch das Vorzeigen des vom Pat. beantworteten Schreibens Mißtrauen abbauen. In einigen Fällen wurden die Briefe ausführlich, d.h. weit über die gewünschten Informationen hinausgehend beantwortet. So konnten bereits wichtige Daten über den kZr gesammelt werden. In zwei Fällen blieben die Briefe die einzigen Informationen, die von den Pat. selbst zu bekommen waren.

12.4. Interviews mit den Pat. und/oder ihren Angehörigen

Eine der wichtigsten Informationsquellen waren semi-standardisierte Interviews, die mit den Pat. möglichst in deren Wohnung durchgeführt wurden. Ich kam fast immer für den Interviewten Überraschend, d.h. unangemeldet. Das dürfte häufig ein Vorteil gewesen sein, da ich mir so einen besseren Einblick in die realen Lebensverhältnisse verschaffen konnte. Der Pat. erhielt ja keine Gelegenheit, sich und die Umgebung auf den Besuch "vorzubereiten". Andererseits erschwerte oder verkürzte dies in wenigen Fällen wegen momentanen Zeitmangels das Interview.

5 Pat. lehnten aus verschiedenen Gründen ein Interview ab (das entspricht 4% der besuchten Pat.), 122 Pat. (61%) gewährten ein Interview.

Im Gespräch wurde versucht, auch die Zeit vor der Untersuchung bzw. Therapie im MPiP zu behandeln, um im Vergleich zu den vorliegenden gesicherten Daten die Glaubwürdigkeit des Pat. zu testen. Am schwierigsten war es oft, exakte und glaubhafte Informationen über den Alkohol- und Medikamentenkonsum zu bekommen.

Die Anwesenheit von Angehörigen erwies sich hierbei als sehr günstig, da diese meist bei zu groben Fehlangaben berichtend in das Gespräch eingriffen.

Die Angaben konnten, da sie meist von Dritten zu bestätigen waren, überwiegend als glaubhaft bewertet werden !

12.5. Anfragen bei Gesundheitsämtern

Zur Ermittlung der Todesursachen war es notwendig, die entsprechenden Auskünfte beim Gesundheitsamt oder den zuständigen Behörden des Sterbeortes zu erbitten. Da 18 Pat. im Stadtgebiet Münchens verstorben waren, konnte ich selbst deren Totenscheine beim Städtischen Gesundheitsamt einsehen. Verstarben Pat. außerhalb Münchens so wurde eine schriftliche Anfrage an die betreffende Behörde gerichtet. In 11 Fällen wurden die Todesursachen

mitgeteilt. Bei den restlichen zwei Todesfällen lagen bereits Angaben der Angehörigen über Datum und Todesursachen vor.

12.6. Auskünfte von Suchtberatungsstellen

Bei den Suchtberatungsstellen der Caritas in München, der Gesundheitsämter von München Stadt und Land sollten Informationen über etwaige Nachbetreuungen der Pat. gesammelt werden.

Beim Städt. Gesundheitsamt waren 9 Pat. bekannt und wurden unregelmäßig betreut. Beim Staatlichen Gesundheitsamt (zuständig für München-Land) war nur ein Pat. betreut worden.

Die Suchtberatungsstelle der Caritas in München hatte 5 Pat. vor- und/oder nachbetreut.

12.7. Informationen von Selbsthilfegruppen und Organisationen ähnlichen Charakters

Bei dem "Blauen Kreuz" und der "Arche" in München konnten weitere Informationen über nachbetreute Pat. eingeholt werden.

12.8. Informationen aus Krankengeschichten

Aus Interviews, Angaben von Angehörigen, anderen Krankenhäusern oder Ärzten waren stationäre Wiederaufnahmen im kZr bekannt geworden. Um festzustellen, ob diese stationären Behandlungen durch Alkohol- oder Medikamentenmißbrauch, bzw. schwere psychische Störungen bedingt waren, forderten wir bei 54 verschiedenen Krankenhäusern 67 Krankengeschichten an. Zugeschickt wurden 49 Krankengeschichten. Nicht alle bezogen sich auf Behandlungen aus oben genannten Gründen.

12.9. Informationen aus den Archiven verschiedener Krankenhäuser

In folgenden Krankenhäusern wurde anhand der Aufnahmebücher der Jahrgänge 1970-74 oder in der Patientenkartei

nach stationären Behandlungen im kZr gesucht und die Daten der Krankengeschichten ausgewertet:

Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München

Bezirkskrankenhaus Haar bei München

Bezirkskrankenhaus Gabersee bei Wasserburg/Obb.

Universitätsnervenklinik München, Nußbaumstr.

Privatnervenklinik Dr. Schmidt, Gauting/Obb.

Toxikologische Abteilung des Krankenhauses rechts der Isar, München

Städt. Krankenhaus München Schwabing

Städt. Krankenhaus München Harlaching

I. und II. Medizinische Klinik der Universität München

Diese Nachforschungen waren zwar sehr zeitaufwendig, andererseits auch, v.a. bei Pat., über die sonst nur sehr wenige Informationen gesammelt werden konnten, sehr hilfreich. In den Archiven der Krankenhäuser Haar und München-Schwabing konnte der Großteil der Daten über stationäre Wiederaufnahmen erhoben werden.

12.10. Informationen von Haus- und Nervenfachärzten

Als problematisch erwies es sich, von Haus- und Nervenärzten Informationen zu bekommen. Während es mehrere Neurologen und Psychiater ablehnten, irgendwelche Angaben zu machen, konnten von 4 Kollegen Daten erhalten werden. Es wurde nur in wenigen Fällen versucht auf diesem Wege Fakten in Erfahrung zu bringen und zwar dann wenn die Informationsdichte sehr gering war oder bei den "Schwundpat.".

Der Schriftverkehr wurde zunächst in Betracht gezogen, wegen der Erfahrungen über sehr geringe Rücklaufquoten hatten wir dann aber darauf verzichtet.

13. Auswertung der gewonnenen Daten

13.1. Erhebungsbogen

Der Dokumentation und Auswertung der Daten lag ein Erhebungsbogen zugrunde, der 105 Items enthielt.

Er ist in drei Teile gegliedert. Der erste Teil (Item 1-29) enthält die Daten zur Vorgeschichte und der damaligen Behandlung sowie soziologische Angaben zur Person. Der zweite Teil (Item 30-77) beinhaltet die Daten zur tatsächlich durchgeführten Nachbehandlung und Betreuung im kZr und Angaben zur aktuellen sozialen Situation (Arbeits- und Lebensverhältnisse) und zum Konsum von Alkohol und Medikamenten. Im dritten Teil wird das Wiederauftreten schwerer psychischer Störungen im kZr, deren ambulante oder stationäre Behandlung dokumentiert (Item 78-105).

Die Items waren teilweise durch die Untersuchung von Kutschera vorbestimmt (erster Teil), teilweise waren sie auch von der Sachverständigen-Kommission vorgegeben und konnten nur noch geringfügig den Belangen dieser Untersuchung (überwiegend ambulante Pat.) angepasst werden.

Das Interview wurde anhand dieser Items in semistandardisierter Form durchgeführt.

Nach Abschluß aller Erhebungen wurde der Erhebungsbogen ausgefüllt.

13.2. Maschinelle Auszählung

Die Auswertung der Ergebnisse wurde überwiegend maschinell durchgeführt. Nach Übertragung der Daten auf Lochkarten wurden Auszählungen nach verschiedenen Fragestellungen über das Rechenzentrum vorgenommen.

14. Einschätzung der Methode

14.1. Planung

Wieser (82) bemängelte in seinen methodischen Bemerkungen die mangelhafte Planung katamnestic Studien, d.h. die Katamnesen wurden oft nicht vor Beginn eines Behandlungsmodells konzipiert.

In der vorliegenden Katamnese mußte auch im Nachhinein eine Patientengruppe zusammengestellt werden. Zum anderen waren die Fragestellungen von der Sachverständigen-Kommission festgelegt und konnten nicht speziell auf die Eigentümlichkeiten einer überwiegend ambulanten Behandlung abgestimmt werden. Das hat dann zu Definitionsproblemen Anlaß gegeben. Es war einfach, das Ende einer stationären Behandlung festzulegen (= Entlassungsdatum). Im Bereich einer ambulanten Einzelbehandlung, gerade bei Alkoholikern, ist das Ende einer Therapie schwer zu definieren. Wann spricht man von Weiterbehandlung, wann von Nachbehandlung, wann von einer Wiederbehandlung? Aus den dem Referenten vorliegenden Unterlagen (Erhebungsbögen von Kutschera und Krankengeschichten des MPIP) waren diese Probleme nicht immer eindeutig zu beantworten.

14.2. Zum katamnestischen Zeitraum

Der katamnestische Zeitraum wurde wie folgt definiert:

1. Beginn : Entlassung aus der stationären Behandlung oder Ende der ambulanten Behandlung.
2. Dauer : Bis zum Abschluß der Erhebungen, d.h. Ende September 1974

zu 1. : Während das Ende der stationären Behandlung eindeutig feststeht, war bei den ambulanten Pat. der Beginn des katamnestischen Zeitraums schwerer festzulegen. Meist, wenn keine Therapie im MPIP nachweisbar war, wurde das in Kutscheras Erhebungsbogen angegebene Untersuchungsdatum als Beginn des kZr eingesetzt. Im Falle einer ambulanten Therapie mit eventuellen Überweisungen war spätestens September 71 der Beginn des katamnestischen Zeitraums.

Der Beginn ist also nicht für alle Pat. gleich, sondern erstreckt sich auf den Zeitraum November 1969 bis September 1971 (in der Untersuchung auch als Beobachtungszeitraum bezeichnet).

zu 2. : Das Ende des katamnesticischen Zeitraums wurde mit dem Monat September 1974 festgelegt, d.h. in diesem Monat wurden die letzten Daten über Pat. erhoben. Bei einigen Pat. ließen sich jedoch nur über wenige Monate Daten erheben, bei 16 Pat. war das Interview die einzige Informationsquelle. Die Interviews fanden aber bereits ab Dezember 1973 statt.

Der katamnesticische Zeitraum betrug für immerhin 11 Pat. 4 Jahre und 10 Monate. 71 Pat. wurden erst 1971 in die Untersuchung aufgenommen, hatten also einen katamnesticischen Zeitraum, der minimal 3 Jahre betragen konnte. Berücksichtigt man außerdem die 31 Verstorbenen (kürzeste Überlebenszeit 1 Monat), so dürfte die Angabe einer durchschnittlichen Katamnesticdauer von 4 Jahren gerechtfertigt sein.

Wegen dieser nicht exakt festlegbaren Dauer des kZr waren auch statistische Aussagen nicht genau zu quantifizieren, z.B. bei der Berechnung der Übersterblichkeit.

14.3. Zum Erhebungsinstrument semistandardisiertes Interview

Ein Interview birgt immer eine Fehlerquelle in sich, da man ja auf Äußerungen Anderer angewiesen ist. Gerade im Bereich Konsum von Suchtmitteln sind die Antworten Betroffenen immer mit besonderer Vorsicht zu bewerten. Allerdings konnten durch die Informationen Dritter doch sehr viele Angaben der Befragten verifiziert werden.

14.4. Zeitaufwand

Da versucht wurde, alle zugänglichen Informationsquellen zu erschließen, v.a. aber möglichst viele Pat. zu interviewen, war die Untersuchung sehr zeitaufwendig. Es verging insgesamt ein Jahr von den ersten Vorbereitungen bis zum Abschluß der Datenerhebungen. Ca. 8000 km wurden dabei gefahren, v.a. um die Pat. aufzusuchen.

IV. Ergebnisse

1. Informationsdichte

Die umfangreiche Darstellung des Abschnittes Material und Methoden (III.) wurde gewählt, um zu veranschaulichen, warum es möglich war, den Informationsumfang über die Pat. sehr weit auszudehnen.

135 Pat. (67%) gaben uns selbst Auskünfte über den kZr davon 122 (61%) in Form eines Interviews und

13 (6%) schriftlich.

31 (15%) sind im kZr verstorben

15 (7%) verweigerten ein Interview

20 (10%) waren nicht auffindbar.

Von dritter Seite erhielten wir Informationen wie aus Tabelle 16 folgt.

Will man daraus einen Überblick über die Informationsdichte ziehen, so ergibt sich das Bild, das Tabelle 17 wiedergibt.

Aussagen, die zum großen Teil von mehreren Seiten bestätigt sind, können also über 193 (96%) der 201 Pat. gemacht werden. Nur bei 8 Pat. (4%) liegen laut unseres Erhebungsbogens keinerlei eigene oder fremde Angaben über den kZr vor.

2. Schwundpatienten

2.1. Definition

Wir definierten "Schwundpat." als diejenigen Pat., die laut Item 28 unseres Erhebungsbogens selbst keinerlei Angaben machten und über die auch laut Item 29 keine Angaben der dort aufgeführten Dritten vorlagen.

2.2. Anzahl

Wie schon erwähnt lag der Schwund bei 4 Prozent, d.h. 8 Patienten.

2.3. Angaben über die Schwundpat. aus der Vorgeschichte und soziologische Daten

6 der 8 Pat. wohnten zur Zeit der Behandlung in München. Es waren 3 Arbeiter, 1 Angestellter, 2 Selbständige oder Freiberufler, 1 Hausfrau mit Nebenbeschäftigung und 1 Rentner. Dieser Personenkreis steht sozial etwas höher als die Gesamtgruppe.

Die Geschlechtsverteilung (6 Männer und 2 Frauen) entspricht etwa der Gesamtgruppe.

In der Altersverteilung fanden sich ebenfalls keine auffälligen Besonderheiten.

Bei der Dokumentation, bzw. Entlassung wurden folgende Diagnosen gestellt:

Chronischer Alkoholismus	(ICD-Nr. 303.2)	7 Pat.
Gewohnheitsmäßiger Alk.	(ICD-Nr. 303.1)	1 Pat.

In 6 Fällen wurde keine Psychotherapie durchgeführt, 2 Pat. befanden sich in Gruppentherapie.

Nur 1 Pat. wurde gezielt zur Nachbetreuung überwiesen, alle anderen waren entweder uneinsichtig oder brachen die Gruppentherapie ohne weitere Überweisung ab.

3. Nachsorge

Nach dem Postulat der therapeutischen Kette wäre der Idealfall eine Vorbehandlung oder -betreuung wegen des Alkoholismus, eine daran anschließende suffiziente und freiwillige Therapie mit nahtlosem Übergang zur Nachsorge in Form einer haus- oder nervenfachärztlichen Nachbehandlung und oder einer Nachbetreuung durch nicht-ärztliche Therapeuten oder Selbsthilfeorganisationen. Der Großteil unserer Pat., zumindest trifft dies für die konsiliarischen Pat. der Poliklinik zu, kam erstmals gezielt und nur wegen des Alkoholismus in ärztliche Behandlung. Nur 55 (27%) hatten z.B. eine stationäre Vorbehandlung in einer entsprechenden Einrichtung (Nervenkrankenhaus, Suchtfachklinik etc.).

Zu einer längerfristigen, regelmäßigen und nach Behandlungsplan ablaufenden Alkoholismustherapie ist es ebenfalls nur bei 55 Pat. gekommen.

Die "Behandlungskette" konnte daher auch nur in wenigen Fällen fortgesetzt, bzw. begonnen werden.

Deshalb sollte man vielleicht eher von Weiterbehandlung der im MPIP eingeleiteten Therapie sprechen als von Nachbehandlung, was wohl nur für die stationären Pat. des MPIP gelten könnte.

Da die Items jedoch Nachbehandlung und -betreuung lauten werden sie trotzdem weiter verwendet.

3.1. Nachbehandlung

Von 108 Pat. (54%) wurde bekannt, daß sie sich in einer ärztlichen (Weiter-) Nachbehandlung befanden, davon 47 bei ihrem Hausarzt
14 bei einem Nervenfacharzt.

Bei 8 Pat. fand die Nachbehandlung in einem anderen psychiatrischen Krankenhaus einschließlich dessen Ambulanz statt.

In der eigenen Ambulanz, sprich Poliklinik des MPIP verblieben 9 Pat.

Ein Allgemeinkrankenhaus mußten 5 Pat. zur Nachbehandlung aufsuchen.

Bei 7 Pat. wurde die Therapie in einer Heilstätte für Alkohol Kranke weitergeführt.

Eine mehr unspezifische Kurbehandlung (z.B. wegen einer Lebererkrankung) fand bei 10 Pat. statt, in mehreren Institutionen wurden 8 Pat. nachbehandelt.

3.1.1. Gezielte Nachbehandlung

Um festzustellen, ob die Nachbehandlung im Sinne einer gezielten Weiterführung einer eingeleiteten Therapie erfolgte, muß eine Unterscheidung zu einer eher zufälligen Nachbehandlung, die z.B. nur in einer Verordnung von Medikamenten oder einer Gesundheitschreibung bestand, getroffen werden.

Wir stellten schon fest, daß zwar bei allen Pat. eine gezielte Therapie des Alkoholismus angestrebt wurde, aber nur die einsichtigen und kooperativen konnten behandelt und zur Nachbehandlung gezielt an einen Therapeuten überwiesen werden.

So fand nur bei 61 (30%) aller Pat. eine Nachbehandlung gemäß Überweisung bzw. Vorschlag der entlassenden Institution (MPIP) statt.

3.1.2. Dauer der Nachbehandlung

24 Pat. (12%) waren weniger als 4 Wochen in Nachbehandl.

22 Pat. (11%) hatten eine Nachbehandlungsdauer von weniger als 3 Monaten,

16 Pat. (8%) von weniger als 6 Monaten

6 Pat. (3%) von weniger als 9 Monaten.

7 Pat. (3%) waren weniger als 1 Jahr

11 Pat. (5%) waren 1 1/2 bis 2 Jahre in Nachbehandlung.

Bei 21 Pat. (10%) kann der gesamte kZr als Dauer der Nachbehandlung angegeben werden.

3.2. Nachbetreuung

Die Bedeutung der Nachbetreuung für die Prognose der Alkoholiker wird ähnlich hoch eingeschätzt, wie die der Nachbehandlung.

3.2.1. Anzahl und Art der Nachbetreuung

56 Pat. (28%) gaben an in irgendeiner Form nachbetreut worden zu sein.

Von diesen 56 Pat. wurden

3 (1%) von den "Anonymen Alkoholikern"

11 (5%) von sonstigen Selbsthilfegruppen

1 (1%) von einer Suchtberatungsstelle

13 (6%) von Sozialarbeitern und Bewährungshelfern

9 (5%) vom Gesundheitsamt

3 (1%) von Psychologen

10 (5%) von sonstigen Institutionen und

6 (3%) von Mehreren nachbetreut.

Nur in 34 Fällen (17%) erfolgte die Nachbetreuung gemäß Überweisung oder Vorschlag des MPIP.

3.3. Nachsorge

Es konnte ermittelt werden, daß bei 102 (51%) bei der Entlassung aus der Behandlung eine Aufforderung zur Nachsorge stattfand.

75 Pat. (37%) wurden auch im kZr zur Nachsorge aufgefordert, meist nach einem Wiederauftreten psychischer Störungen am Ende der erforderlich gewordenen stationären Behandlung. Insgesamt 75 Pat. (37%) kamen der Nachsorgeaufforderung des MPIP nach und begaben sich in die vorgeschlagene Nachbehandlung und/oder -betreuung.

Bei weiteren 50 Pat. wurde zwar eine Nachbehandlung oder -betreuung durchgeführt, aber nicht gemäß der Überweisung oder dem Vorschlag des MPIP.

3.3.1. Unterscheiden sich die Nachsorgepatienten von der Gesamtgruppe ?

3.3.1.1. Geschlecht

45 von 146 Männern (31% der Männer) nahmen an einer Nachsorge gemäß Überweisung teil, dagegen aber 30 von 55 Frauen (55% der Frauen). Das ist ein statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der Nachsorge-Kooperation der Frauen. (Berechnung nach dem χ^2 - Test, Literatur: Cavalli-Sforza (10) ($\chi^2 = 4,1$; $p < 0,05$))

3.3.1.2. Behandlungsort

Deutlich zeigen sich auch Unterschiede, wenn man den Behandlungsort mit der Nachsorge gemäß Überweisung vergleicht.

Tabelle 18 verdeutlicht, daß nach einer stationären Therapie die Beteiligung an einer nachgehenden Fürsorge höher ist als nach ambulanter Behandlung. Es besteht ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den rein stationären und den ausschließlich ambulanten Pat. ($\chi^2 = 4,0$; $p < 0,05$)

3.3.1.3. Familienstand

Der Vergleich zwischen Familienstand bei der Behandlung und der Nachsorge wird in Tabelle 19 veranschaulicht.

Lediglich die geschiedenen Pat. zeigen eine etwas geringere Nachsorge-Kooperation.

Schichten- bzw. altersspezifische Unterschiede ließen sich nicht nachweisen.

Auch eine psychiatrische Vorbehandlung, die nicht wegen Alkoholmißbrauch durchgeführt wurde, zeigte keine negativen Auswirkungen auf die Nachsorgebeteiligung.

3.3.1.4. Psychotherapie

Von den insgesamt 52 Pat., die an den verschiedenen Formen einer Psychotherapie teilgenommen hatten, waren 28 (54%) in Nachsorge gemäß Überweisung. Im Vergleich dazu beteiligten sich nur 32 Prozent der Pat., die keine Psychotherapie durchführten an der gezielten Nachsorge (47 von 149 Pat.).

3.3.2. Tatsächlich durchgeführte ärztliche Nachbeh. und Nachsorge gemäß Überweisung

Um zu unterscheiden zwischen einer zwar stattgefundenen ärztlichen Weiter- oder Nachbehandlung, die aber nicht der Aufforderung oder Überweisung entsprach und der Fortsetzung der therapeutischen Kette verglichen wir die Nachbehandlung mit der Nachsorge (Tabelle 20).

Dabei ist die Gruppe der von ihren Hausärzten nachbehandelten Pat. sehr auffällig: Nur 13% dieser Gruppe wurde gemäß Überweisung nachgesorgt, gegenüber 78 bis 100 Prozent die in anderen Formen der ärztlichen Nachbehandlung standen.

3.3.3. Arbeitskontinuität und Nachsorge

Nur 20 (27%) von den 75 Nachsorgepat. (gemäß Überw.) standen bei Abschluß der Erhebung in regelmäßiger Arbeit. 21 hatten keine Arbeit.

4. Konsum von Alkohol und Psychopharmaka

Dieser Fragenkomplex ist einer besonderen Problematik unterworfen. Die Tendenz, die Trinkmengen zu bagatellisieren oder gar jeglichen Alkohol- oder Psychopharmakakonsum abzustreiten, vorausgesetzt, mußten die Angaben der Pat. mit einem gewissen Mißtrauen aufgenommen werden. Wo immer es möglich war, dienten Informationen von dritter Seite als wichtige Hilfe, um die Angaben zu bestätigen oder zu revidieren. Da nur in 16 Fällen die Information vom Pat. selbst nicht durch Angaben von Dritten ergänzt wurden, darf man von einigermaßen gesicherten Ergebnissen sprechen.

4.1. Trinkverhalten

Über den Alkoholkonsum von 142 Pat. (71% aller; davon 101 Männer u. 41 Frauen) können Angaben gemacht werden.

34 Pat. gaben an, total abstinent zu sein, davon 12 über den ganzen kZr, der Rest mindestens die letzten 3 Monate vor Durchführung der Nachuntersuchung.

24 Pat. tranken mäßig und waren sozial angepasst, von ihnen hatten 5 dieses Trinkverhalten den gesamten kZr.

Bei 3 Pat. wurde ein mäßiges Trinken bei fehlender sozialer Anpassung (ohne Arbeit, oder festen Wohnsitz, ohne persönliche oder familiäre Bindung) festgestellt. Zwei von ihnen tranken nur in letzter Zeit so.

81 Pat. hatten einen vollen Rückfall in ihr altes Trinkverhalten. 42 tranken den ganzen kZr unmäßig, 39 waren zumindest in den 3 Monaten vor der Erhebung rückfällig.

4.1.1. Alkoholkonsum und Geschlecht

Aus Tabelle 21 gehen auch die Unterschiede in Bezug auf das Trinkverhalten beider Geschlechter hervor.

Während der Prozentsatz der total Abstinenten keine wesentlichen Unterschiede ergibt, zeigt sich, daß wesentlich mehr Frauen mäßigen Alkoholkonsum betrieben und weniger einen totalen Rückfall in alte Trinkgewohnheiten hatten, ohne daß aber darüber statistische Aussagen möglich sind.

4.1.2. Alkoholkonsum und Alter

Tabelle 22 zeigt keine wesentlichen Altersunterschiede bezüglich des Trinkverhaltens.

4.1.3. Alkoholkonsum und Familienstand

Aus Tabelle 23 geht hervor, daß der Familienstand für die Prognose des Trinkverhaltens in unserer Untersuchung keinen statistisch signifikanten Einfluß hatte.

4.1.4. Alkoholkonsum und Ort der Behandlung

Wir hatten festgestellt, daß die im MPIP stationär behandelten Alkoholiker signifikant häufiger an der gezielten Nachsorge teilnahmen. Können wir auch eine Besserung des Trinkverhaltens dieser Gruppe erkennen ? Tabelle 24 zeigt auf, daß auch der Alkoholkonsum der stationären Pat. etwas günstiger lag, als bei den ambulanten, ohne allerdings statistisch signifikante Unterschiede feststellen zu können.

4.1.5. Psychotherapie und Trinkverhalten

Eine Psychotherapie fand im MPIP bei 52 Pat. statt.

4.1.5.1. Aversionstherapie

15 Pat. nahmen an einer Aversionstherapie (vgl. Kemper, 41) teil, wobei wir nicht feststellten, in welcher der drei Behandlungsgruppen sie sich befanden. Vergleicht man das Trinkverhalten dieser 15 Pat. mit der Restgruppe ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 25):

Es zeigt sich nach immerhin durchschnittlich 4 Jahren ein günstiges Ergebnis, aber keine Signifikanz.

4.1.5.2. Alkoholkonsum nach Gruppentherapie

23 Pat. befanden sich im MPIP in einer supportiven psychagogischen Gruppentherapie. Aus Tabelle 26 geht ein günstiger Einfluß dieser Therapie auf das Trinkverhalten hervor, ohne daß wir wiederum eine statistisch gesicherte Aussage machen können.

4.1.6. Nachsorge und Alkoholkonsum

In der Literatur wird die Nachsorge als ein günstiger Faktor für das Behandlungsergebnis angesehen.

In unserer Untersuchung fanden wir folgende Ergebnisse:

4.1.6.1. Tatsächlich durchgeführte Nachbetreuung und Trinkverhalten

Die Tabellen 27 u. 27 a zeigen auf, daß die Nachbetreuten zu einem erheblichen Maße weniger rückfällig geworden sind und im Vergleich zu den Pat., die nicht nachbetreut worden sind, signifikant häufiger total abstinent blieben ($\chi^2 = 7,4$; $p < 0,01$).

4.1.6.2. Ärztliche Nachbehandlung und Trinkverhalten

Hatte die ärztliche Nachbehandlung eine ähnlich günstige Auswirkung ?

Aus den Tabellen 28 u. 28 a ist zu entnehmen, daß keine so eindeutige Auswirkung festzustellen ist. Dabei ist das besonders schlechte Ergebnis der hausärztlichen Nachbehandlung zu berücksichtigen, von der wir ja bereits aus sagten, daß sie nur zu 13 Prozent gemäß Überweisung stattfand!

Ohne Hausärzte sieht das Ergebnis der ärztlichen Nachbehandlung folgendermaßen aus: 16 total abstinente, 6 mäßig, sozial angepasst, 2 mäßig, nicht angepasst, 20 total rückfällig; also 50% gebessert !

4.1.6.3. Nachsorge und Trinkverhalten

Faßt man die Nachbetreuung und -behandlung zusammen und versucht so den Einfluß der Nachsorge darzustellen, ergibt sich folgendes Bild:

Es kann über 137 Pat. in Bezug auf das Trinkverhalten und die Nachsorge eine Aussage gemacht werden.

Tabelle 29 zeigt einen günstigen Einfluß der Nachsorge, ohne daß wir allerdings nach dem χ^2 -Test eine Signifikanz feststellen können.

Tabelle 30 vergleicht Nachsorge insgesamt mit den Pat. ohne Nachsorge bezüglich des Trinkverhaltens, zeigt ebenfalls günstige Einwirkungen der Nachsorge, allerdings wiederum ohne signifikante Unterschiede.

4.2. Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln

Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung oder der Entlassung aus der stationären Therapie, also zu Beginn des kZr war folgender Konsum bzw. Mißbrauch einer oder mehrerer Drogengruppen festgestellt worden:

150 Pat. kein Mißbrauch

31 Pat. Medikamentenmißbrauch einer Drogengruppe

13 Pat. Medikamentenmißbrauch mehrerer Drogengruppen

1 Pat. Abhängigkeit von einer Drogengruppe

1 Pat. Abhängigkeit mehrerer Drogengruppen

5 Pat. Unbekannt

Dabei zeigte sich damals ein statistisch hochsignifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern: 27 Frauen gaben einen Mißbrauch oder eine Abhängigkeit an, d.h. 50 Prozent waren davon betroffen (27 Frauen: kein Mißbrauch). Bei den Männern wurde nur bei 19 Pat. ein Mißbrauch diagnostiziert (13%) ! ($\chi^2 = 27,2$; $p < 0,01$)

4.2.1. Vergleich zwischen Medikamentenmißbrauch und aktuellem Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln

Vergleichen wir nun den damaligen Medikamentenmißbrauch mit dem aktuellen Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln und Rauschdrogen, so ergibt sich folgendes Bild: Tabelle 31 zeigt, daß 11 Alkoholiker, die vorher keinen Medikamentenmißbrauch betrieben hatten, im kZr zum Psychopharmaka-Abusus zusätzlich gekommen oder darauf umgestiegen sind.

Allerdings kann man auch ersehen, daß immerhin 13 der 28 Pat. (=46%), die vorher Medikamente mißbräuchlich benutzten und deren Psychopharmaka- und Rauschdrogenkonsum zum Erhebungszeitpunkt bekannt war, jetzt nur

noch in therapeutischen Dosen Schlaf- und Beruhigungsmittel benutzten.

Im statistischen Vergleich läßt sich sogar aussagen, daß diese Gruppe sich im Vergleich zu den Pat. die vorher keinen Mißbrauch betrieben, in Bezug auf die Psychopharmaka signifikant besserten ($\chi^2 = 21,6$; $p < 0,01$).

4.2.2. Konsum von Psychopharmaka und Geschlecht

Tabelle 32 zeigt den hohen Anteil der Frauen an den mißbräuchlichen Psychopharmaka-Konsumenten. Allerdings zeigt sich jetzt kein signifikanter Geschlechtsunterschied mehr. Während also beim Alkoholmißbrauch die Männer dominieren, sind es bei den Schlaf-, Beruhigungsmitteln und Rauschdrogen die Frauen !

4.2.3. Konsum von Psychopharmaka nach Altersgruppen

Tabelle 33 gibt die Altersverteilung der Psychopharmaka-Konsumenten wieder.

Obwohl 2/3 der Pat., die einen Mißbrauch angaben unter 40 Jahre alt waren, ließ sich keine Signifikanz nachweisen.

4.2.4. Konsum von Psychopharmaka und Familienstand

Tabelle 34 zeigt, daß die ledigen Pat., die bezüglich des Alkoholkonsums eher günstig abgeschnitten hatten (30% total Abstinente!), im Mißbrauch von Psychopharmaka überrepräsentiert sind. Nach dem χ^2 -Test betrieben statistisch signifikant mehr Ledige einen Psychopharmaka-Mißbrauch als Verheiratete ($\chi^2 = 6,1$; $p < 0,05$).

4.2.5. Konsum von Psychopharmaka nach Behandlungsort

In Tabelle 35 wird aufgezeigt, daß die Klinikpat. mit fast 40 Prozent Mißbrauch im Vergleich zu 17 Prozent der Poliklinikpat. und 18 Prozent der Pat. aus Klinik und Poliklinik am ungünstigsten abschnitten. Es fand sich allerdings kein signifikanter Unterschied !

4.2.6. Psychotherapie und Mißbrauch von Psychopharmaka

4.2.6.1. Aversionstherapie

Von den 15 Pat. dieser Gruppe gaben 2 einen Psychopharmakamißbrauch an. Keine Aversionstherapie hatten 186 Pat., davon betrieben 22 später einen Medikamentenabusus.

4.2.6.2. Gruppentherapie

Günstig schnitten die Teilnehmer der Gruppentherapie ab 12 hatten keinen nennenswerten Konsum,

3 nahmen Psychoph. in therapeutischen Dosen,

2 Pat. gaben einen Mißbrauch zu.

Die Vergleichszahlen für die Restgruppe: 60/28/24.

4.2.7.1. Durchgeführte Nachbetreuung und Psychoph.

Aus der Tabelle 36 lassen sich keine Einwirkungen der Nachbetreuung auf Konsum und Mißbrauch von Psychopharmaka ableiten.

4.2.7.2. Ärztl. Nachbehandlung und Psychopharmaka

Die Tabellen 37 u. 37 a zeigen die tatsächlich durchgeführte ärztliche Nachbehandlung und den Psychopharmakakonsum. Betrachten wir dabei die nichthausärztliche Nachbehandlung gesondert, so ergibt sich ein im Vergleich zur hausärztlichen Nachbehandlung etwas schlechteres Ergebnis.

4.2.7.3. Nachsorge und Psychopharmaka

Aus der Tabelle 38 geht hervor, daß die gemäß Überweisung durchgeführte Nachsorge nicht verhindern konnte, daß 27 Prozent aus dieser Gruppe einen Mißbrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln betrieben ! Die "richtig" Nachgesorgten hatten das ungünstigste Ergebnis !

4.3. Aktueller Konsum von Alkohol und Psychopharmaka

Durch diesen Vergleich können wir feststellen, daß immerhin 5 der total Abstinenten und 1 Pat. der mäßig trank einen Psychopharmakamißbrauch betrieben, also nicht als gebessert anzusehen sind. (Tabelle 39)

Definiert man Besserung als Abstinenz oder mäßigen Gebrauch von Alkohol und Psychopharmaka, so erhält man 49 Gebesserte (25% aller Pat.). Mißerfolg wäre dann mäßiges aber unsoziales Trinken, totaler Rückfall und/oder Psychopharmakamißbrauch. Dies trifft für 90 Pat. zu (45%). Bei 3 Pat., die total abstinent waren blieb der Psychopharmakakonsum unklar, bei 1 Pat. der keinen nennenswerten Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln angab, war über das Trinkverhalten nichts bekannt. Diese 4 Pat. wurden deshalb bei der Erfolgsberechnung nicht berücksichtigt. (siehe Abb. 1)

Facit: Über 139 Pat. können vollständige Angaben zu Alkohol- und Psychopharmaka-Konsum gemacht werden. 35% dieser Pat. waren gebessert und 65% unmäßig.

5. Wiederauftreten schwerer psychischer Störungen und stationäre Wiederaufnahmen

5.1. Definition

Als schwere psychische Störung wurden Erkrankungsfälle mit den ICD Diagnosen 291 bis 307 verstanden.

5.2. Anzahl

Bei 175 Pat. konnten Informationen zum Wiederauftreten schwerer psychischer Störungen gesammelt werden. 112 Pat. (56%) hatten im kZr ein Wiederauftreten zu beklagen, von ihnen waren unseres Wissens nur 13 nicht stationär deswegen behandelt worden. 99 Pat. mußten im kZr wegen dieser Störungen stationär behandelt werden, davon 54 zwei oder mehrmals ! (siehe Tabelle 40) Allerdings muß festgehalten werden, daß nicht alle Unterlagen über stationäre Behandlungen eingesehen

werden konnten, so daß die tatsächliche Zahl eventuell noch höher liegt.

Insgesamt sind 254 stationäre Wiederaufnahmen dokumentiert.

45 Pat. hatten eine

13 Pat. hatten 2

20 Pat. hatten 3

7 Pat. hatten 4

7 Pat. hatten 5

1 Pat. hatte 6

5 Pat. hatten 7

1 Pat. hatte 9 stationäre Wiederaufnahmen
im katamnestischen Zeitraum von ca. 4 Jahren.

5.3. Behandlungsinstitution

Die stationären Wiederaufnahmen fanden in folgenden Einrichtungen statt:

113 in Allgemeinkrankenhäusern

32 in der Klinik des MPIP

96 in anderen psychiatrischen Krankenhäusern

13 in Heilstätten für Alkoholkranke

5.4. Einweisungsmodus

Die Einweisung zur stationären Wiederaufnahme war in 222 Fällen freiwillig.

24 Einweisungen erfolgten nach dem Verwahrungsgesetz.

Bei 7 Pat. bestand eine Pflegschaft oder Vormundschaft.

Ein Pat. wurde aufgrund des § 126 der StPO in ein Nervenkrankenhaus eingewiesen.

5.5. Diagnosen bei Wiederaufnahme

Tabelle 41 gibt einen Überblick über die bei der stationären Wiederbehandlung gestellten ersten (=Haupt-) Diagnosen. Bei 48 Pat. wurde die psychiatrische Diagnose an zweiter oder dritter Stelle genannt (= Restgruppe)

5.6. Stationäre Wiederaufnahmen und Geschlecht

99 Pat. wurden wiederaufgenommen, d.h. 49 Prozent aller. Davon waren 72 Männer (49% aller Männer) und 27 Frauen (49% aller Frauen).

Das Geschlecht war also in diesem Punkt prognostisch nicht relevant !

5.7. Altersunterschiede

Bei der Aufgliederung des Wiederauftretens psychischer Störungen und der stationären Wiederaufnahmen nach Altersgruppen (Tabelle 42) zeigt sich, daß die unter 40 Jahre alten Pat. häufiger psychische Störungen zu beklagen hatten und im Vergleich zu den Älteren auch signifikant häufiger wieder in stationäre Behandlung kamen ($\chi^2 = 6,44$; $p < 0,05$).

5.8. Familienstand

Dem in Tabelle 43 wiedergegebenen Familienstand ist zu entnehmen, daß die ledigen, getrennt lebenden, geschiedenen und verwitweten Pat. im Vergleich zu den Verheirateten einen signifikant höheren Anteil an dem Wiederauftreten schwerer psychischer Störungen hatten ($\chi^2 = 16,1$; $p < 0,01$).

5.9. Behandlungsort und stationäre Wiederaufnahmen

Pat. die in der Poliklinik behandelt wurden hatten zu 53% keine stat. Wiederaufnahmen, die Klinikpat. zu 62% keine stat. W.a., die Pat. aus Poliklinik und Klinik jedoch nur zu 35%. Auch die durchschnittliche Anzahl der W.a. liegt bei den 65 Pat. der Poliklinik mit 2,3 zwischen der besten Gruppe der Klinikpat. (10 Pat. mit 17 W.a.) und den Pat. aus Klinik und Polikl. mit durchschnittlich 3,1 W.a. bei 24 Pat. (siehe auch Tabelle 44).

5.10. Nachsorge und Wiederauftreten schwerer psychischer Störungen

Tabelle 45 zeigt, daß gerade die Pat., die gemäß Überweisung nachgesorgt wurden, überdurchschnittlich häufig ein Wiederauftreten psych. Störungen zu beklagen hatten. Im Vergleich zu den anders Nachgesorgten sogar signifikant mehr ($\chi^2 = 5,4$; $p < 0,05$).

6. Todesfälle im katamnestischen Zeitraum

31 der 201 Pat. sind im katamnestischen Zeitraum von ca. 4 Jahren verstorben. Davon waren

26 Männer (84% aller Verstorbenen bzw. 18% aller Männer) und 5 Frauen (16% aller Verstorbenen bzw. 9% aller Frauen).

6.1. Todesfälle nach Alter und Geschlecht (Tabelle 46)

Die Altersstruktur der Todesfälle (Alter bei Beginn des katamnestischen Zeitraums) zeigt, daß entgegen der Tatsache, daß z.B. 1972 in Bayern eine Zunahme der Sterbefälle mit dem Alter in den Dekaden zwischen 10 und 70 Jahren stattfand, in unserer Untersuchung die unteren Altersstufen überrepräsentiert sind. V.a. in der Dekade 30 - 39 Jahre, in der 42% aller Todesfälle eintraten, verstarb fast jeder Fünfte (13 Pat. = 19%) der Ausgangsgruppe von 67 Pat. In Bayern starben 1972 absolut etwa 7-mal so viele Personen im Alter zwischen 40 und 70 Jahren wie im Alter von 10 bis 40 Jahren (40262 zu 5543), obwohl die Gesamtbevölkerung der 10-40-jährigen um über 1 Million größer ist (4,63 zu 3,58 Mio.). Die Zahlen entstammen dem "Bericht über das bayerische Gesundheitswesen für das Jahr 1972" (5).

Das durchschnittliche Sterbealter unserer Pat. lag bei 41,9 Jahren.

6.2. Todesursachen

In 29 Fällen konnten die amtlichen Todesursachen festgestellt werden, d.h. die Eintragungen in die Toten-

scheine wurden ermittelt. In den anderen beiden Fällen gaben die Angehörigen die entsprechenden Auskünfte. Es waren zwei Suizide. (siehe auch Abb. 2-5)

6.2.1. Selbstmord

10 Pat. verstarben durch Suizid, davon 3 nach Medikamentenvergiftung, 2 durch Ertrinken, 2 durch nicht näher definierten "Freitod", 1 durch Erschießen, 1 durch Erhängen, 1 durch Ersticken.

6.2.2. Unfälle

An den Folgen von (Verkehrs-) Unfällen verstarben 3 Pat.

6.2.3. Erkrankungen von Leber und Bauchspeicheldrüse

In den Todesursachen werden in zehn Fällen Erkrankungen der Leber und Bauchspeicheldrüse erwähnt.

6.2.4. Herz-Kreislaufversagen

In sechs Fällen wurde ein Herz-Kreislaufversagen als Todesursache angegeben.

6.3. Todesfälle und Behandlungsort

20 (14%) von 138 Pat. der Poliklinik

3 (12%) von 26 Pat. der Klinik

8 (22%) von 37 Pat. der Poliklinik und Klinik des MPIP verstarben im kZr.

11 der Verstorbenen waren nachbetreut worden.

6.4. Übersterblichkeit

Schon die Altersstruktur der Todesfälle gibt Hinweise auf Besonderheiten unserer Alkoholikergruppe. In der Literatur werden teilweise erhebliche Übersterblichkeiten der Alkoholiker berichtet. Trotz der Schwierigkeiten, die in der Art der Untersuchung und der Pat.gruppe liegen, z.B. im uneinheitlichen Beginn und in der verschiedenen Dauer des kZr, in der relativ geringen Anzahl von Pat.,

wollten wir versuchen, wenigstens grobe quantitative und qualitative, Aussagen über die Mortalität der Untersuchungsgruppe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung Bayerns zu machen.

Bei unserem Berechnungsmodell gingen wir aus:

- 1) Von einer durchschnittlichen Bevölkerung Bayerns im Jahre 1970 im Alter von 10-70 Jahren von 8 Millionen und zwar von 2,3 Mio. Männern und 2,2 Mio. Frauen im Alter von 10-40 Jahren und 1,5 Mio. Männern und 2,0 Mio. Frauen im Alter von 40-70 Jahren.
- 2) Die zu untersuchenden Alkoholiker sind Teil dieser Grundgesamtheit
- 3) Von einem Beobachtungszeitraum (=kZr) von 4 Jahren (Beginn 1970 bis Ende 1973)
- 4) Von den Todesfällen in Bayern der Jahre 70-73 nach Angaben des Stat. Landesamtes

Die Alkoholiker werden verglichen mit einer Zufallsstichprobe von 75 Männern und 34 Frauen im Alter 10-40 J. und 71 Männern und 21 Frauen im Alter von 40-70 J.

Ergebnis:

1. Extrem unwahrscheinlich, d.h. hochsignifikant ($p < 0,001$) sind die
 - a) Selbstmorde der Männer in den Altersgruppen 10-40 J. (4 auf 75 P.) und 40-70 J. (5 auf 71 P.),
 - b) Todesfälle an Erkrankungen der Leber und Bauchspeicheldrüse im Alter 10-40 J. bei Männern (4 auf 75)
2. Sehr unwahrscheinlich, d.h. signifikant erhöht ($p < 0,01$) sind
 - a) mindestens 2 Todesfälle durch Herz-Kreislauf-erkrankungen bei 75 Männern im Alter von 10-40 J.
 - b) 4 Todesfälle an Lebererkrankungen bei 71 Männern im Alter 40-70 J.

3. Mäßig unwahrscheinlich, d.h. schwach signifikant ($p < 0,05$) sind

- a) min. 1 Selbstmord bei 21 Frauen im Alter 40-70 J.
- b) min. 2 Unfalltote bei 75 Männern im Alter 10-40 J.
- c) min. 1 Unfalltoter bei 34 Frauen im Alter 10-40 J.
- d) min. 1 Todesfall durch Herz-Kreislaufferkrankungen bei 34 Frauen im Alter von 10-40 J.
- e) min. 1 Todesursache Lebererkrankungen bei 34 Frauen 10-40 J.
- f) min. 1 Todesursache Lebererkrankungen bei 21 Frauen 40-70 J.

Alle anderen Häufigkeiten waren nach dem Zufall zu erwarten !

7. Veränderungen der familiären, beruflichen und Wohnungssituation im kZr

7.1. Änderung des Familienstandes

In 142 Fällen blieb der Zivilstand unverändert. 8 Pat. (7 Männer und 1 Frau) haben geheiratet, 19 lebten jetzt getrennt, waren geschieden oder verwitwet (13 Männer und 6 Frauen).

Also ist eine Verschlechterung eingetreten.

7.2. Wohnsituation

79 Pat. lebten noch am Ende des kZr in der Wohnung, die zu Beginn des kZr angegeben worden war.

68 Pat. wechselten in gleiche oder bessere Wohnverhältnisse.

5 Pat. hatten einen Wechsel in schlechtere Verhältnisse (3 Männer und 2 Frauen).

2 Männer wechselten mehrmals die Wohnung und gaben eine Verschlechterung der Wohnsituation an.

4 Männer waren zuletzt ohne festen Wohnsitz.

Es trat also nur bei ca. 5 Prozent der Pat. eine Verschlechterung der Wohnung ein, während bei über 70% eine Konstanz bzw. sogar Verbesserung festgestellt wurde.

7.3. Berufliche Situation

Regelmäßige Arbeit über den gesamten kZr gaben 63 Pat. an, 32 Pat. waren unregelmäßig, d.h. mit vielen Fehlzeiten in Arbeit.

Am Ende des kZr standen 94 Pat. in Arbeit (47%), 61 Pat. hatten keine Arbeit (30%), davon waren 45 Männer und 16 Frauen.

Einen beruflichen Abstieg im kZr wurde von 4 Pat. angegeben, 3 sind aufgestiegen.

Den Lebensunterhalt bestritten 82 überwiegend durch die eigene Arbeit, 38 lebten vor allem von Rente, Sozialhilfe, Arbeitslosenunterstützung oder Krankengeld.

Rentenanspruch gestellt haben, bzw. berentet wurden im kZr 18 Pat.

Vergleicht man dazu Tabelle 47 (Berufstätigkeit zu Beginn und zu Ende des kZr), so fällt auf, daß sich die Zahl der Berufstätigen deutlich verringert hat. Da die meisten Todesfälle jedoch vor dem Rentenalter eintraten, zudem einige Pat. berentet wurden, dürfte in diesen beiden Ursachen die Begründung des geringeren Beschäftigungsgrades liegen. Eine Depravation lag nur in Einzelfällen vor.

V. Diskussion

1. Einschätzung des Patientengutes

1.1. Diagnosen

Die Pat. sind nicht einheitlich bezüglich ihrer Eingangsdiagnose. Es sind nicht nur γ -Alkoholiker (nach Jellinek (38)), sondern alle Alkoholikertypen vertreten. Es wurde dadurch keine Selektion im Sinne einer Auswahl besonders günstiger oder ungünstiger Pat. durchgeführt, wie sie z.B. Jellinger (39) als Aufnahmevoraussetzung für das Genesungsheim Kalksburg angibt, sondern alle Pat. mit der ICD-Nr. 303 aufgenommen.

1.2. Therapie

Es fand keine einheitliche Therapie statt, sondern verschiedene, z.B. ambulante oder stationäre psychagogisch stützende Psychotherapie oder elektrische Aversionstherapie, rein medikamentöse Behandlung oder aber nur konsiliarische Diagnostik ohne jede weitere gezielte Therapie des Alkoholismus.

Deshalb lassen sich die vorliegenden Ergebnisse auch nicht mit reinen Spontanverläufen (z.B. Lemere (51)) oder therapeutischen Erfolgen, wie bei Kardos (40) oder Robson (68) vergleichen.

Die einzelnen Untergruppen, z.B. die 15 Pat. der Aversionstherapie oder die 7 Pat. der Suchtfachkliniken, sind so gering besetzt, daß sie nicht zu statistischen Aussagen berechtigen können.

1.3. Geschlecht

Unsere Population umfasste 146 Männer (73%) und 55 Frauen. Damit stimmt der Anteil der Geschlechter mit dem Ergebnis der Untersuchung von Feuerlein und Kunstmann (26) am auslesefreien Krankengut des MPIP aus den Jahren 69-71 überein, die den Anteil der Frauen mit 28 Prozent beziffern.

Schmidt et al. (73) geben für Pat., die in den Jahren 1958 bis 60 erstmals wegen ihres Alkoholismus stationär behandelt wurden, je nach Sozialschicht 16 bis 25 Prozent Frauen an.

1.4. Altersverteilung

Die Tabelle 2 gibt Auskunft über Alter und Geschlecht unserer Pat.

Das Durchschnittsalter der Pat. betrug zu Beginn des kZr 39,5 Jahre (Männer 40,1 , Frauen 37,9 J.).

Zwischen 10 und 40 Jahren waren 62% der Frauen und 51% der Männer.

Im Literaturvergleich kommen ähnliche Altersangaben bei Holzgreve (36) (57% unter 40 J.), Lisansky (54) (Durchschnittsalter bei ambulanten Pat.: 39,8 J. bei Männern, 41,3 J. bei Frauen) und Amark (1) vor, der feststellte, daß Alkoholiker ihren ersten Kontakt mit der Fürsorge im Alter von 38 Jahren haben.

Bei Schmidt et al. (73) waren die, allerdings stationären, Pat. im Durchschnitt, v.a. in der untersten Sozialschicht deutlich älter (53-78% über 40 J.).

Hoffmann und Noem (33) geben bei ebenfalls stationären Pat. ein Durchschnittsalter von 46 J. für Männer und 44 J. für Frauen an.

Gundel (30) zeigt bei stationären Pat. der Universitätsnervenklinik München und des Bezirkskrankenhauses Haar, daß die weiblichen Alkoholiker im Durchschnitt jünger waren als die männlichen (unter 55 J.: 67% der Frauen und 51% der Männer).

Bei Feuerlein und Kunstmann (26) sind die Alkoholiker der Poliklinik des MPIP zu 78% unter 50 J., wobei keine Geschlechtsunterschiede bestehen.

Unsere Pat. entsprechen in ihrer Altersstruktur etwa den Angaben über ambulante Pat., die sie ja auch mehrheitlich (69%) waren.

1.5. Familienstand

Den Familienstand zu Beginn des kZr gibt Tabelle 5 an. Nur 38% der Frauen waren verheiratet, ebenfalls 38% ledig, der Rest getrennt, geschieden oder verwitwet. Bei den Männern waren deutlich mehr verheiratet (51%) und weniger ledig (27%).

Helmchen (31) fand, daß stationäre weibliche Alkoholiker häufiger ledig, geschieden und v.a. verwitwet sind als die männlichen.

Rosenbaum (69) verglich 1958 den Zivilstand von 141 stationären Alkoholikerinnen mit dem der weiblichen Bevölkerung Bostons. Die Pat. waren häufiger getrennt, verwitwet und geschieden (34,7% zu 13,7%). 51,8% waren verheiratet, der Bostoner Vergleich: 70,5% (Alter zwischen 30 und 54 J.).

Rosenblatt, Gross u. Chartoff (70) fanden bei 567 chronischen Alkoholikern an psychiatrischen Krankenhäusern des Staates New York ebenfalls eine geringe Anzahl Verheirateter (28%), viele getrennt lebende, geschiedene oder verwitwete (34%) sowie 33% ledige.

Geschlechtsunterschiede im Zivilstand geben an:

Auch (2), der am Rheinischen Landeskrankenhaus Bonn feststellte, daß Frauen nur zu 43% verheiratet waren (Männer: 63%), dagegen aber zu 24% verwitwet (Männer zu 5%).

Kutschera (48) dokumentiert ebenfalls, daß Alkoholikerinnen häufiger geschieden und verwitwet sind (38%, bei stationären 56%) als ihre männlichen Mitpat. (23% bzw. 29%). Sie waren auch weniger oft verheiratet (23% bzw. 20%; Männer: 43% bzw. 37%).

Gundel (30) fand bei ihren stationären Pat. signifikant mehr geschiedene und verwitwete Frauen (32%) als Männer (21%) ($p < 0,05$).

Keine Geschlechtsunterschiede werden bei Lisansky (54) bezüglich der verheirateten ambulanten Pat. angegeben. (56% Männer, 57% Frauen)

Auch Kryspin-Exner (46) fand bei ambulanten behandelten Alkoholikern und Pat. aus einer Heilstätte keine Differenzen im Zivilstand der Geschlechter.

Ähnlich sind auch die Ergebnisse von Feuerlein und Kunstmann (26) zu bewerten.

Unsere Pat. dürften bezüglich des Zivilstandes zwischen den Ergebnissen der stat. und ambulanten Pat.-gruppen eingestuft werden, was der Zusammensetzung unserer Gruppe entspricht.

1.6. Schulbildung

Über die Art der Schulbildung geben Tabellen 7 u. 48 Auskunft.

Dabei zeigt sich, daß ein im Vergleich zur Münchener Bevölkerung hoher Bildungsstand vorliegt. Nach dem Ergebnis der Volkszählung vom 27.5.1970 (zitiert nach Gundel (30)) hatten die Münchener folgenden Schulabschluß:

61,9% Volksschule

20,2% mittlere Reife und Abitur.

Gundel (30) findet in ihrer Untersuchung folgende Ergebnisse:

Schule	weibl. Alk.	männl. Alk.
Volksschule	67 (65%)	81 (75%)
mittl. Reife	15 (15%)	6 (6%)
Abitur	10 (10%)	14 (13%)
höhere Schule (nicht abgeschlossen)	11 (11%)	7 (6%)
unbekannt	13	8

Kutschera (48) hat bei den Pat. des Bezirkskrankenhauses Haar folgende Verteilung gefunden:

Schule	Männer in Prozent	Frauen in Prozent
Volks-	80%	64%
mittl. Reife	13%	20%
Abitur	3%	16%
Sonder-	4%	0

Während also unsere Poliklinikpat. in etwa mit der Münchner Bevölkerung vergleichbar sind, zeigt die Verteilung der Pat. der Klinik und derjenigen, die in beiden Institutionen behandelt wurden, wohl auch die Überweisungs- und Aufnahmepraxis wieder. Die untersten Bildungsschichten trifft man im Bezirkskrankenhaus an. In allen Untersuchungen kommt man dagegen zum Ergebnis, daß die weiblichen Alkoholiker eine deutlich höhere Schulbildung genossen hatten, als die Männer.

1.7. Beruf

Im Vergleich der Geschlechter und des Behandlungsortes fällt wieder der höhere soziale Status der Frauen und der stationären Pat. auf.

Tabelle 49 zeigt, daß 91% der Arbeiter Männer waren 89% der Arbeiter in der Poliklinik behandelt wurden, 4% in der Klinik und 7% in beiden Institutionen.

Feuerlein und Kunstmann (26) zeigten zudem, daß Pat., die in der Poliklinik konsiliarisch untersucht wurden und von benachbarten Städtischen Krankenhäusern überwiesen wurden (K-Pat.) gegenüber den reinen Ambulanz-Pat. (A-Pat.) deutlich in der Mehrzahl sind (367 zu 100), häufiger Arbeiter waren (36% zu 14%) dagegen seltener Angestellte, Beamte (14% zu 26%) oder Selbständige (9% zu 17%) zu finden waren.

Kutschera (48) fand im Bezirkskrankenhaus Haar eine deutliche Überrepräsentierung von Angehörigen der Unterschichten, während die Mittelschichten bei ihren MPIP-Pat. dominierten, wobei in beiden Fällen die Frauen sozial höher stehen.

Gundel (30) stellte ebenfalls fest, daß die Frauen eher der Oberen und oberen Mittelschicht angehören (58%, Männer 35%), während die Männer aus der Unterschicht und der unteren Mittelschicht stammen (65%, Frauen: 42%).

Auch Wieser (84) kommt zu dem Ergebnis, daß die männlichen Alkoholiker aus allen sozialen Schichten kommen, während die weiblichen Alkoholiker häufiger aus den höheren sozialen Schichten stammen.

Ähnliche Daten gaben auch Schmidt, Smart und Moss (73) an.

Das insgesamt gehobene soziale Niveau unserer Pat. dürfte auf zwei Umstände zurückzuführen sein:

1. Ein Großteil der Pat. war wegen des Alkoholismus nicht stationär psychiatrisch vorbehandelt, stand also noch am Beginn der "Trinkerkarriere", d.h. hatte mit dem sozialen Abstieg noch nicht oder gerade erst begonnen.
2. Der Aufnahmemodus der Klinik des MPIP dürfte für eine entsprechende soziale Auslese sorgen (nur freiwillige, motivierte Pat., keine Verwahrungen, geistig beweglich).

1.8. Gesamteinschätzung

Unter Berücksichtigung einiger der in der Literatur genannten prognostischen Faktoren (Geschlecht, Zivilstand, Alter, berufl. und soziale Situation) dürfte unsere Untersuchungsgruppe als durchschnittlich bis eher günstig eingeschätzt werden.

2. Schwundpatienten

Da die Anzahl der Schwundpat. sehr gering war, ließen sich keine Besonderheiten im Vergleich zur Gesamtgruppe herausarbeiten.

Über die Definition "Schwundpat." gibt es in der Literatur verschiedene Auslegungen. Während manche Autoren mit diesem Ausdruck nur die nicht auffindbaren Pat. meinen (z.B. Jellinger (39), Wieser u. Kunad (83) zählten Piazzini et al. (67) auch die Auskunftsverweigerer sowie Todesfälle dazu.

In unserer Untersuchung wurde festgelegt, daß als Schwundpat. gilt, wer selbst keinerlei Auskünfte gab und über den auch von Dritten, die über die medizinische oder psycho-soziale Situation Angaben machen könnten, keine Informationen vorlagen. Wir verstehen unter Dritten: Angehörige, Ärzte, Krankenhäuser, in denen der Pat. behandelt wurde, Selbsthilfegruppen, Gesundheitsämter oder

Suchtberatungsstellen. So lag z.B. von 6 Schwundpat. die zum Erhebungszeitpunkt gültige Adresse vor, aber alle Kontaktversuche scheiterten. Von allen acht Schwundpat. kann mit Sicherheit gesagt werden, daß sie im kZr in München nicht verstorben sind. Es lagen also doch Informationen vor, die jedoch so begrenzt sind, daß man über die allermeisten uns interessierenden Sachverhalte nichts aussagen konnte.

Guillespie's (29) beklagt in seiner Literaturübersicht die mangelnden Informationen über die Schwundpat.

Vannicelli et al. (79) stellten die Möglichkeiten Katamnese zu vervollständigen, d.h. den Schwund zu reduzieren dar. Im Ergebnis meinen die Autoren, daß die Nichtantworter eine schlechtere Prognose hätten, als die Antworter.

Wie die Nichtberücksichtigung des Schwundes die therapeutischen Erfolge aufbessern kann, belegt Wieser (82) am Beispiel von Norvig und Nielson (63).

Emrick (21a), der in seiner Literaturübersicht sehr gute Behandlungserfolge berichtet (2/3 Gebesserte), hat die Schwundpat. ausgeschlossen und deren Anzahl nicht angegeben.

Im Literaturvergleich zeigen nur wenige Katamnese Schwundanteile unter 10 Prozent. So berichtete Gabriel (27) 1935 über 1109 aus Trinkerheilstätten entlassene Pat. 4,6% Schwundpat. werden angegeben, Todesfälle nicht dazugerechnet.

Wieser und Kunad (83) konnten durch vielfältige Informationsquellen den Schwund ebenfalls unter 10 Prozent halten.

Bei Holzgreve (in Keup) (44) werden Schwundzahlen von 8 - 11% bei stationär (in Fachkrankenhäusern für Suchtkranke) behandelten Pat. angegeben.

Kryspin-Exner (47) berichtet über 919 Fälle; der Schwund wurde nach einem Jahr mit 0-12,9% (Ambulanzpat.) angegeben.

Bei Imber et al. (37) werden nach 3-jähriger Katamnese 12% Schwund bei unbehandelten Alkoholikern gefunden.

Nach 1 Jahr Beobachtungszeitraum haben Orford et al. (64) 11% Schwund.

Costello (14) gibt einen Überblick über 58 Untersuchungen aus den Jahren 1951 bis 73 (insgesamt 11022 Pat.). Nach einem Jahr betrug der Schwund durchschnittlich 21% !

Robson (68) hatte bei 200 Pat., die zur Hälfte ambulant behandelt wurden (16 Beratungen), zur anderen Hälfte "unbehandelt" blieben (nur durchschnittlich 2,5 Beratungen), nach 2-5 Jahren einen Schwund von 22%.

Jellinger (39) hatte bei Pat., die nach stationärer Behandlung in der Ambulanz von Kalksburg, in Einzeltherapie standen nach 1/2 bis 7 Jahren 23% Schwundpat.

Die schon erwähnte katamnestische Erhebung von Piazzini et al. (67), die an psychosozialen Beratungsstellen in Berlin (West), Freiburg im Breisgau, Ingolstadt und Saarbrücken durchgeführt wurde, ergab eine Schwundzahl von 58 Prozent unter Einbeziehung von 8 Todesfällen. Die Autoren kritisieren diese hohe Zahl und fordern Schwundzahlen bei Katamnesen möglichst gering zu halten. Im übrigen wäre diese Arbeit von den Pat., dem Beginn und der Dauer des Beobachtungszeitraums und den Fragestellungen sonst durchaus mit der vorliegenden Arbeit zu vergleichen gewesen.

Wir konnten, wie in Teil III ausführlich dargestellt, durch die verschiedenartigen Bemühungen den Schwund auf 4 Prozent senken. Dabei bewährten sich die Kontaktbriefe.

Durch den Versand von Fragebögen und durch Telefonate konnten Vannicelli et al. (79) den Anteil der Antwortter auf 91% bringen.

Der Anteil von 122 (61%) vollständigen Interviews (d.h. 72% aller lebenden Pat.), war durch den vorherigen brieflichen Kontakt und die wiederholten Versuche, die Pat. zuhause anzutreffen zu realisieren. In einigen Fällen wurde ein Termin auch schriftlich vereinbart.

Auch durch die vielfältigen anderen Informationsquellen war (siehe auch Tabelle 17 "Informationsdichte") es möglich, umfangreiche Daten über die Pat. und den kZr zu sammeln.

3. Nachsorge

Davon ausgehend, daß sich eine effektive Therapie wohl über Jahre bis lebenslang erstreckt, ergeben sich für die Behandlung verschiedene Schritte, die auch aus organisatorisch-finanziellen Gründen in verschiedenen Institutionen erfolgen müssen. Dabei zeigt sich, daß der Alkoholiker meist nur für wenige Wochen bis Monate stationär behandelt werden muß, anschließend sollte aber nahtlos eine nichtärztliche Nachbetreuung und/oder eine ärztliche Nachbehandlung erfolgen. Für diese Nachsorge postulierte Feuerlein (22) den Grundsatz: "Kein Alkoholiker sollte aus ärztlicher Behandlung entlassen werden, der nicht einen festen Arbeitsplatz, eine Wohnung und einen engen persönlichen Kontakt zu einer Nachsorgeorganisation hat". In einer anderen Arbeit des gleichen Autors (Feuerlein (24)) wurde festgestellt, daß die Nachsorge bisher selten effektiv eingeleitet wird, das bloße Anbieten z.B. von Nachbetreuungsmöglichkeiten wie AA-Gruppen, Blaukreuz-Gruppen usw. dazu nicht ausreicht. Jellinger (39) fordert, daß zumindest die ärztliche Nachbehandlung von der gleichen Institution (z.B. einer anstaltseigenen Ambulanz) in der die stationäre Therapie durchgeführt wurde, gewährleistet werden sollte. In einer katamnestischen Untersuchung über 1/2 bis 5 Jahre zeigt er, daß immerhin 43% der stationären Erstaufnahmen in der ambulanten Nachbehandlung verblieben und 78% von ihnen als gebessert zu betrachten waren.

Über ähnliche Erfolge kann auch Holzgreve (44) bei einer Nachsorgebeteiligung von 71% über 3 Jahre berichten. Er zitiert auch Lask, der 1969 für das Fachkrankenhaus "Bergwald" bei 2/3 von 109 ehemaligen Pat. eine regelmäßige Nachsorge feststellte, mit dem Erfolg, daß fast 70% durchweg abstinenter geblieben waren. Holzgreve berichtet auch über eine Untersuchung an 356 männlichen Pat., die nach mehrmonatiger stat. Behandlung zu etwa 40% Anschluß an Selbsthilfegruppen hatten. 2/3 aller Abstinenter waren in Nachbetreuung.

Costello (14) teilt in seinem Literaturüberblick Gruppen

je nach Behandlungsergebnis ein. In den Gruppen mit besten (45% Erfolg) und guten Ergebnissen (35% Erfolg), fand er jeweils als einen von mehreren gemeinsamen günstigen Faktoren die Nachsorge.

Vergleichen wir die eigene Arbeit mit der Literatur, dann läßt sich folgendes feststellen:

Nur bei 28% aller 201 Pat. konnte eine Nachbetreuung in Erfahrung gebracht werden, von ihnen waren 7 (3%) über den gesamten katamnästischen Zeitraum in Kontakt mit Selbsthilfegruppen o.ä.. Bei 18 hielt der Kontakt 1-2 Jahre, sonst weniger als ein Jahr.

Die ärztliche Weiter- oder Nachbehandlung war bei 31% aller Pat. durchgeführt worden.

Bei 75 (37%) fand eine Nachsorge gemäß Überweisung statt. Sie erstreckte sich nur in Einzelfällen über den gesamten kZr.

Frauen waren überdurchschnittlich an der Nachsorge beteiligt, ebenso Pat., die stationär im MPIP in Behandlung standen, sowie auch die Pat., die, ob ambulant oder stationär, eine Psychotherapie einzeln oder in der Gruppe im MPIP durchgeführt hatten.

Vom Familienstand erschien nur die Scheidung als ungünstiger Faktor für die Nachsorgebeteiligung.

Stationäre psychiatrische Vorbehandlung aus anderen Gründen als dem Alkoholismus war bei unseren Pat. eher von positivem Einfluß, da sich 50% dieser Pat. an der Nachsorge gemäß Überweisung beteiligten.

Wir stellen also eine recht geringe Nachsorgebeteiligung fest, v.a. im Vergleich zu Pat. aus Suchtfachkliniken. Auch die Dauer der Nachbetreuung und Nachbehandlung entspricht nicht ganz den Forderungen einer Langzeittherapie.

Wie wirkte sich diese geringe Beteiligung auf die Therapieziele wie Abstinenz von Alkohol und anderen Suchtmitteln, psychische Symptommfreiheit und die Mortalität aus ?

4. Konsum von Suchtmitteln

4.1. Alkoholkonsum

Sieht man als ein Teilziel einer erfolgreichen Therapie die totale Abstinenz, oder stellt diese wie Kardos (40), Solms (76) u.v.a.m. meinen die Voraussetzung zu einem Erfolg dar, so schneidet unsere Gruppe nicht sehr gut ab. Nur 6 Prozent aller Pat. scheinen dieses Ziel wenigstens über 3-4 Jahre erreicht zu haben. Weitere 11% hatten schon min. über 3 Monate keinen Rückfall mehr und ca. 12% zeigten mäßiges Trinkverhalten bei sozialer Anpassung. Bei insgesamt 29% zeigte sich eine Besserung des Trinkstils.

40% blieben aber über den ganzen kZr oder teilweise rückfällig.

Können wir bei unserer Untersuchung ebenfalls, wie z.B. Solms (76) feststellen, daß weniger die Behandlungsmethoden als vielmehr soziale und intrapersonelle Faktoren für die Prognose entscheidend waren ?

4.1.1. Behandlungsmethoden

Die, wenn überhaupt, durchgeführten Therapieformen bezogen sich jeweils auf einen geringen Prozentsatz der Gesamtpopulation, so daß statistische wertbare Aussagen nur mit großem Vorbehalt betrachtet werden müssen.

4.1.1.1. Aversionstherapie

Vogler et al. (81) berichten von einem signifikanten 1-Jahreserfolg einer elektrischen Aversionstherapie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe.

Lemere und Voegtlin (50) zeigten jedoch, daß z.B. bei einer chemischen Aversionstherapie die günstigen Einjahresergebnisse sich im Verlauf weiterer Jahre deutlich verschlechtern.

Wieser (85) fordert deshalb, erst nach zwei Jahren von einem Dauererfolg zu sprechen.

Die von Kemper (41) beschriebene Aversionstherapie betraf nur 15 unserer Pat.. Die Einzelfelder totale Abstinenz und Rückfall sind mit jeweils 5 Probanden besetzt, als Kontrolle könnte höchstens die Restgruppe dienen. Trotz einer 45%igen Besserung ergab die stat. Prüfung keine Signifikanz.

4.1.1.2. Psychotherapie

Auch über die durchgeführte Gruppentherapie läßt sich keine statistische Aussage bezüglich des resultierenden Trinkverhaltens machen.

4.1.2. Geschlechtsunterschiede

Vor allem Glatt (28) gab Frauen eine schlechtere Prognose.

Bezüglich des Trinkstils können wir diese Feststellung nicht treffen. Allerdings ergaben sich wiederum keine statistisch signifikanten Unterschiede der Geschlechter. Unsere Frauengruppe war allerdings jünger als viele Vergleichsgruppen und steht sozial sehr hoch. Zudem wurde zum Behandlungszeitpunkt ein Medikamentenmißbrauch bei signifikant mehr Frauen als Männern diagnostiziert, so daß der Alkohol auch damals eines von mehreren Suchtmitteln darstellte.

4.1.3. Altersunterschiede

Wir fanden keine signifikanten Altersunterschiede im Trinkverhalten.

4.1.4. Zivilstand

Edwards (20), Lundquist (56), Wieser (82), Mindlin (61), Davies, Shepherd und Myers (16) stellen die günstigere Prognose verheirateter, bzw. in Intimgruppen lebender Alkoholiker heraus.

In unserer Untersuchung fanden sich keine statistisch wertbaren Unterschiede im Trinkverhalten der Verheirateten im Vergleich zu anderen Zivilständen.

4.1.5. Behandlungsort

Obwohl Tabelle 24 ein günstigeres Ergebnis der stationär behandelten Alkoholiker zeigt, konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen nicht gefunden werden.

4.1.6. Nachbetreuung

Auf die Notwendigkeit der "nachgehenden Fürsorge" und die günstigen Auswirkungen erfolgter Nachsorge auf das Trinkverhalten wiesen Costello (14), Jellinger (39), Feuerlein (22), Wieser (82) u.v.a. hin.

Die statistische Prüfung ergab, daß signifikant mehr Pat., die nachbetreut wurden total abstinent waren, als die nicht nachbetreuten.

Einschränkend muß allerdings auch erwähnt werden, daß 11 der 56 "Nachbetreuten" im kZr verstarben und der Mißbrauch von Psychopharmaka ebensohoch wie bei den nicht Nachbetreuten lag.

4.1.7. Nach (Weiter-)behandlung

Die ärztliche Nachbehandlung (außer der hausärztlichen), schien zwar auch prognostisch günstig zu sein, signifikant besseres Trinkverhalten gegenüber nicht nachbehandelten ergab sich jedoch nicht.

4.1.8. Nachsorge

Es zeigten sich ebenfalls günstige Einwirkungen auf das Trinkverhalten, aber keine signifikanten Unterschiede.

4.1.9. Literaturvergleich

Mit insgesamt 29% im Trinkverhalten gebesserten, d.h. total abstinenten oder bei guter sozialer Anpassung mäßig alkohol konsumierenden, 40% total rückfälligen, 15% verstorbenen Pat. und einem Schwund von 4% zeigt unsere Katamnese ein Ergebnis (für Überwiegend ambulant

diagnostizierte und teilweise stationär behandelte Alkoholiker), das von Costello (14) wohl in die Gruppe der mittleren bis guten Ergebnisse eingestuft worden wäre. 17% Abstinente und insgesamt 29% Gebesserte sind etwas mehr, als über Spontanremissionen zu erwarten gewesen wäre (Lemere (51), Wieser (82)).

Edwards, Orford et al. (21) konnten beim Vergleich zweier Alkoholikergruppen, deren eine nur einmal beraten wurde während die Pat. der Behandlungsgruppe in mehrmonatiger stationärer oder ambulanter Therapie standen, nach 1 Jahr keine signifikanten Unterschiede im Ergebnis feststellen. Robson (68) konnte bei gerade nur anbehandelten Trinkern nach 2-5 Jahren 42% Gebesserte finden, während die behandelte Experimentalgruppe auf 60% kam. Der Unterschied von 18% konnte nicht ausschließlich auf die Therapie zurückgeführt werden, so daß der Autor eine bereinigte Erfolgsziffer von 10-15% angibt. Auch Moore und Buchanan (62) meinten, daß der Hauptanteil der Gebesserten nicht auf die Therapie zurückzuführen sei, sondern Spontanremissionen darstellen.

Emrick (21b) gibt in seiner zweiten Arbeit 13% abstinenten unbehandelten und 41% leicht gebesserten Alkoholiker an, während minimal behandelte auf 21% Abstinenz und 43% Besserung kamen. Er findet keine statistische Signifikanz zwischen Nichtbehandlung und Minimalbehandlung.

Nicht vergleichbar ist unsere Gruppe und die Ergebnisse mit den Erfolgen von Holzgreve, Lask (44), Jellinger (39), die ja über ausgewählte Pat. aus Suchtfachkliniken berichten, die außerdem intensiv nachbetreut wurden.

Kryspin-Exner gibt ja auch die für Wien-Kalksburg geltenden Auswahlkriterien an, denen nur ein sehr geringer Teil unserer Pat. hätte gerecht werden können !

Facit:

Insgesamt findet sich ein Ergebnis, das nach Emrick (21a) nicht ungewöhnlich ist. Er gibt als typische Abstinenzrate zwischen 10,5 und 53,3% an. Die Rate der Nichtgebesserten dürfe zwischen 15,8 und 52,2% liegen.

Unser Ergebnis läßt sich also, auch bezüglich der Patientenzusammensetzung, durchaus mit den Angaben aus der Literatur vergleichen. Daß die Frauen und die Ledigen keinen

signifikant schlechteren Trinkstil zeigten, wie aus der Literatur zu erwarten gewesen wäre, kann im folgenden Punkt, nämlich dem erhöhten Konsum von Psychopharmaka, geklärt werden.

4.2. Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln und Rauschdrogen

Feuerlein (22) weist darauf hin, daß "viele Alkoholiker andere Drogen mißbräuchlich benutzen und von ihnen abhängig sind oder später vom Alkohol auf andere Drogen umsteigen". Eine Zunahme der Polytoxikomanie in den letzten Jahrzehnten wird konstatiert. Besonders bei Frauen scheint die Kombination von Psychopharmaka, einschließlich Hypnotika und Alkohol verbreitet.

Auch wir fanden zu Beginn des kZr hochsignifikant mehr Frauen als Männer, die zum Alkohol- auch einen Medikamentenmißbrauch betrieben. Wir ermittelten auch 11 Pat. die im kZr auf Medikamente ein- bzw. umstiegen, allerdings gaben 13 Pat. den vorher bestehenden Mißbrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln auf. Nur ein Pat. gab zu Ende des kZr einen Konsum von sog. Rauschdrogen an. Am Ende des kZr wurde, obwohl prozentual etwa doppelt so viele Frauen einen Psychopharmaka-Mißbrauch angaben wie Männer, kein signifikanter Unterschied mehr gefunden. Dagegen hatten signifikant mehr Ledige als Verheiratete zuletzt einen Psychopharmaka-Mißbrauch betrieben. Im Vergleich von aktuellem Konsum von Alkohol und Schlaf- und Beruhigungsmitteln zeigte sich, daß sich unter Berücksichtigung dieser Suchtmittel im kZr 25% aller gebessert waren, dem stehen 45% Mißerfolge gegenüber (Rest unbekannt oder verstorben).

Facit:

Frauen betrieben prozentual doppelt so oft einen Mißbrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln. Signifikant mehr Ledige als Verheiratete waren unter den mißbräuchlichen Psychopharmakakonsumenten.

5. Wiederauftreten von schweren psychischen Störungen und stationäre Wiederaufnahmen

Der phasenhafte Verlauf des chronischen Alkoholismus, wie ihn Jellinek (38) darstellte, bedingt in vielen Fällen eine stete Verschlechterung der psychischen, physischen und sozialen Situation, die in der Endphase über den sog. Drehtüreffekt mit ständigen Wiederaufnahmen in psychiatrischen Kliniken, später oft auch zu Langzeitpat. oder Dauerverwahrungen führt.

Wieser (82) dokumentierte jedoch anhand einer Krankengeschichte auch, daß sich lange Perioden allgemeiner Besserung mit kurzen oder längeren Rückfällen abwechseln können, so daß Momentaufnahmen, wie z.B. das aktuelle Trinkverhalten, starke Vergrößerungen darstellen, die in der Gesamtbeurteilung fehlleiten können. Deshalb wird bei einer mehrdimensionalen Erfolgsbewertung neben dem Konsum von Alkohol oder anderen Suchtmitteln auch das Wiederauftreten schwerer psychischer Störungen im kZr zu bewerten sein.

Manche Autoren, wie z.B. Hoffmann et al. (34) bewerten die Nichtwiederaufnahme im kZr als Behandlungserfolg und vergleichen damit die Therapieversager, d.h. die Pat., die wieder in stationäre Behandlung aufgenommen werden mußten.

Nach dieser Bewertung waren 51% erfolgreich.

Oder anders gesagt: 49% aller Pat. mußten innerhalb von (durchschnittlich) 4 Jahren stationär behandelt werden und zwar wegen psychischer Störungen. Ca. 10% der 254 Aufnahmen erfolgte nach dem Verwahrungsgesetz. Signifikant häufiger wurden Pat. unter 40 J., ledige, geschiedene, getrennte und verwitwete im Vergleich zu den über 40-Jährigen bzw. verheirateten, stationär behandelt.

6. Todesfälle

6.1. Zur Anzahl

15% aller Pat. sind im kZr verstorben, das entspricht

etwa einem Jahresdurchschnitt von 4%.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Imber (37), Selzer u. Holloway (75), Norvig und Nielson (63), Sundby (77). Eine schlechtere Prognose quod vitam fällt v.a. für die jüngeren Jahrgänge auf, so daß wir die Ergebnisse von Menge (59), Schmidt u. de Lint (72) sowie Sundby (77) bestätigen können.

Die deutlich höhere Sterblichkeit der Männer, die auch Ciampi und Eisert (13) fanden, könnte sich wie folgt erklären:

1. Unsere Frauen waren jünger als die Männer, d.h. daß nach den Sterbetafeln mit einer geringeren Anzahl von Todesfällen zu rechnen ist.
2. Zur Zeit der Behandlung betrieben die Frauen einen statistisch signifikant häufigeren Mißbrauch von Psychopharmaka.
3. Fast ein Drittel aller Todesfälle war auf Suizid zurückzuführen. Aber nur eine Frau starb an Selbstmord.
4. Nach Battegay (4) sterben weniger Toxikomane als Alkoholiker an Suizid.

Aus Punkt 2., 3. und 4. könnte man ableiten, daß die gefundenen Unterschiede zumindestens teilweise eher auf die unterschiedliche Toxikomanie, als auf das Geschlecht zurückzuführen sind.

6.2. Todesursachen

In den Todesursachen stimmt unsere Untersuchung auffallend mit den Angaben in der Literatur überein:

An Suizid oder Unfall, Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen und an Herz-Kreislaufkrankungen starben 29 der 31 Pat. (94%). Diese Haupttodesursachen werden auch bei Choi (12), Davies (17), de Lint und Levinson (32), Medhus (58), Menge (59), Norvig und Nielsen (63), Schmidt und de Lint (72), Selzer und Holloway (75), Sundby (77), Wieser und Kunad (83) u.v.a.m. genannt.

Dabei erwiesen sich die Todesursachen Selbstmord für Männer (unter und über 40 J.), Leber-Bauchspeicheldrüsenerkrankung für Männer (unter und über 40 J.) und Herz-Kreislaufferkrankungen für Männer unter 40 Jahren in den aufgetretenen Häufigkeiten als sehr bis extrem unwahrscheinlich !

6.3. Suizid und Alkohol

Rushing (71) hat geschätzt, daß 7-21% der Alkoholiker durch Suizid enden. Nach Kessel und Grossmann (43) sind es 7-8%, wobei eine 75-mal höhere Suizidalität im Vergleich zur Normalbevölkerung besteht. Wieser und Kunad (83) geben eine 12-fach erhöhte Suizidalität der chronischen Alkoholiker an, Schmidtobreich (74) eine 22-fache, Medhus (58) für eine Frauengruppe eine 30-fache, Sundby (77) eine über 4-fache, Kendall und McStaton (42) eine 5-fache.

Leesler und Beck (49) fanden, daß die Suizidrate der Männer 3mal so hoch war, wie die der Frauen, während Battegay (4) daraufhinwies, daß Toxikomane zwar häufiger einen (oft mehr demonstrativen) Versuch unternehmen, im Vergleich zu Alkoholikern aber seltener an Suizid sterben.

Wenngleich in der vorliegenden Untersuchung aus methodischen Gründen auf eine Quantifizierung der Übersterblichkeit an Selbstmord verzichtet werden mußte, so kann doch ausgesagt werden, daß die Todesursache Selbstmord bei Männern sehr bis extrem erhöht war (6% aller Männer töteten sich im kZr selbst). Dagegen verstarb nur eine Frau an Suizid (2% aller Frauen). Wir kommen also zum gleichen Resultat wie Leesler und Beck (49).

Facit: Jeder dritte Todesfall war ein Selbstmord.

Suizid stand an erster Stelle der Todesursachen männlicher Alkoholiker, vor Lebererkrankungen und Herz-Kreislaufversagen. (siehe Abb. 5)

VI. Zusammenfassung

Es wird berichtet über 201 nicht ausgelesene Alkoholiker (146 Männer und 55 Frauen) aus der Poliklinik und Klinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie München, die zwischen November 1969 und September 1971 konsiliarisch untersucht und teilweise ambulant oder stationär behandelt wurden. Das Durchschnittsalter der Pat. betrug 39,5 Jahre (Männer 40,1; Frauen 37,9). Die Pat. stammten fast ausschließlich aus dem Münchener Raum (90%).

Die Frauen besaßen eine bessere Schulbildung, waren jedoch nur zu 38% verheiratet (Männer 51%). Außerdem bestand bei den Frauen ein signifikant häufigerer Mißbrauch von Drogen, bzw. eine Abhängigkeit. Über 70% aller Pat. waren noch nicht wegen Alkoholismus in einer Nervenklinik oder Trinkerheilstätte stationär vorbehandelt worden.

Eine Psychotherapie im MPIP, teilweise als Verhaltenstherapie, fand bei 55 Pat. statt (ambulant oder stationär). Nach einer durchschnittlichen Katamnesedauer von 4 Jahren (Abschluß September 1974) ergab sich folgendes:

1. Schwundpatienten

Von 8 Patienten (4%) lagen über den katamnestischen Zeitraum keinerlei verwertbare Angaben vor. 122 Pat. (61%) konnten interviewt werden. Über 146 Patienten (73%) konnten zusätzlich Informationen von dritter Seite erhalten werden.

2. Nachsorge

75 Patienten (37%) standen in einer Nachsorge (ärztliche Weiter- bzw. Nachbehandlung oder Nachbetreuung durch Selbsthilfegruppen oder Sozialarbeiter) wie sie vom MPIP vorgeschlagen wurde. Bei weiteren 50 Pat. (25%) fand zwar eine Nachbehandlung oder -betreuung statt, nicht aber gemäß des Nachsorgevorschlages des MPIP. 55% der Frauen, aber nur 31% der Männer wurden gezielt nachgesorgt.

3. Konsum von Alkohol und Psychopharmaka

Aussagen über den Alkoholkonsum zur Zeit der Erhebung können von 142 Pat. (71%) gemacht werden. Von ihnen waren

34 (17%) total abstinent, 24 (12%) tranken mäßig bei sozialer Anpassung und nur 3 (1%) mäßig, ohne daß sie sozial angepasst erschienen. 81 Patienten (40%) hatten einen vollen Rückfall in alte Trinksitten. Die nachgesorgten Patienten zeigten ein etwas günstigeres Ergebnis, allerdings ohne statistische Signifikanz.

In bezug auf den Konsum von Psychopharmaka und Rauschdrogen im katamnestischen Zeitraum ergab sich folgendes Bild: 11 Alkoholiker stiegen auf Psychopharmaka um, 13 der vorher "Medikamentenabhängigen" waren zu therapeutischem Gebrauch übergegangen. Insgesamt besserte sich das Konsumverhalten der Frauen, so daß zu Ende des katamnestischen Zeitraums kein statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied mehr vorlag.

Von den gemäß Überweisung nachgesorgten Patienten zeigten 27% einen Mißbrauch von Psychopharmaka, von den nicht nachgesorgten Patienten jedoch nur 19%. Ein prognostisch günstiger Einfluß der Nachsorge ließ sich in diesem Punkt also nicht feststellen.

Über den Alkohol- und Psychopharmakakonsum können bei 139 Patienten (69%) vollständige Angaben gemacht werden. 35% dieser Patienten galten als gebessert, 65% als nicht gebessert.

4. Wiederauftreten schwerer psychischer Störungen und stationäre Wiederaufnahmen im katamnestischen Zeitraum 112 Pat. (56%) hatten im katamnestischen Zeitraum ein Wiederauftreten schwerer psychischer Störungen zu beklagen, 99 von ihnen mußten deswegen stationär wiederaufgenommen werden. Insgesamt sind 254 stationäre Wiederaufnahmen mit Einweisungsdiagnose und -modus dokumentiert, davon 113 in Allgemeinkrankenhäuser, 32 in die Klinik des MPIP, 96 in andere psychiatrische Krankenhäuser und 13 in Heilstätten für Alkohol Kranke.

222 Einweisungen waren freiwillig, 24 Patienten mußten verwahrt werden, 7 Patienten standen unter Pflegschaft oder Vormundschaft, 1 Patient wurde auf Grund des Paragraphen 126 StPO stationär behandelt.

Der überwiegende Teil der Einweisungsdiagnosen lautete Alkoholismus oder Alkoholpsychose bzw. Medikamentenabhängigkeit (147 der Erstdiagnosen).

Jüngere Patienten (unter 40 J.) hatten statistisch signifikant häufiger ein Wiederauftreten schwerer psychischer Störungen zu beklagen als die älteren (über 40 J.). Ledige, getrennt lebende, verwitwete und geschiedene Patienten hatten im Vergleich zu verheirateten ebenfalls statistisch signifikant häufiger psychische Störungen. Die gemäß Überweisung des MPiP nachgesorgten Patienten waren unter der Gruppe der Patienten, die im katamnestischen Zeitraum wieder schwere psychische Störungen hatten, statistisch signifikant überrepräsentiert.

5. Todesfälle

31 aller Patienten (16%) verstarben im katamnestischen Zeitraum, davon waren 26 Männer und 5 Frauen. Das durchschnittliche Sterbealter betrug 41,9 Jahre.

10 Patienten (9 Männer und 1 Frau) verstarben durch Suizid, 3 Patienten (2 Männer und 1 Frau) an Unfällen, 10 Patienten (8 Männer und 2 Frauen) an Erkrankungen von Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse sowie 6 Patienten (5 Männer und 1 Frau) an Herz- oder Kreislauferkrankungen.

Als statistisch extrem unwahrscheinlich erwiesen sich die Todesfälle der Männer an Suizid und der unter 40 J. alten Männer an Lebererkrankungen. Statistisch sehr unwahrscheinlich war die Anzahl der Todesfälle der Männer unter 40 J. an Herz- und Kreislauferkrankungen und der Männer über 40 J. an Lebererkrankungen.

VII. Literaturliste

- (1) Amark, C.: A study in alcoholism.
Acta psychiat. scand. Suppl. 70, 1951
- (2) Auch, W.: Ein Überblick über die Aufnahme, Wiederaufnahmeziffern und Behandlungszeiten Alkoholkranker von 1950-1963. Der Nervenarzt 37, 1966, 76-79
- (3) Ayd, F.J.: Recognizing the depressed patient.
Grune and Straton. New York 1961
- (4) Battegay, R.: Selbstmordprophylaxe bei Süchtigen.
Z. Präventivmed. 10, 1965, 440-454
- (5) Bericht über das bayerische Gesundheitswesen für das Jahr 1972 (u. 1973).
Hrsg.: Bayerisches Staatsministerium des Innern und für Arbeit und Sozialordnung, bearbeitet im Bayerischen Statistischen Landesamt. 80. (u. 81.) Band 1973 (u. 1974)
- (6) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung.
Bonn 1975
- (7) Boggs, S.L.: Measures of treatment outcome for alcoholics; a model of analysis.
In: Pittman D.J. Alcoholism. Harper & Row. New York, Evanston, London, 1967
- (8) Bowman, K.M., E.M. Jellinek: Alcohol addiction and its treatment. Quart. J. Stud. Alc. 2, 1941, 98-176
- (9) Brinkmann, R.: Untersuchung zur Persönlichkeit und sozialen Stellung von Alkoholikern nach Suicidversuch.
Inaug. Diss. München 1973

- (10) Cavalli-Sforca, L.: Biometrie. Grundzüge biologisch-medizinischer Statistik. G. Fischer Stuttgart, 1972
- (11) Chesnais, J.C.: Alcoolisme et suicide. Population, Paris 31, 1976, 199-206
- (12) Choi, S.: Death in young alcoholics. J. Stud. Alc. 36, 1975, 1224-1229
- (13) Ciompi, L., M. Eisert: Mortalite et causes de deces chez les alcooliques. Soc. Psychiat. 4, 1969, 159-168
- (14) Costello, R.M.: Alcoholism treatment and evaluation: in search of methods. Int J. Addict. 10, 1975, 251-275
- (15) Dahlgreen, K.G.: On death-rates and causes in alcohol addicts. Acta psychiat. scand. 26, 1951, 297-311
- (16) Davies, D.L., M. Sheperd, E. Myers: The two-years prognosis of 50 alcohol addicts after treatment in hospital. Quart. J. Alcohol 17, 1956, 485
- (17) Davies, K.M.: The influence of alcohol on mortality. Addictions 12, 1965, 2
- (18) Degkwitz, R.: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten, Springer, Berlin, Heidelberg New York 1975
- (19) van Dijk, W.K.: The treatment of alcoholics in a hospital setting. Report 7. Summer instit. sci. stud. for the prevent. treatment alcoholism. Juni 12-23, 1961, Amsterdam. A.W. Sythoff, Leyden
- (20) Edwards, G.: Hypnosis in treatment of alcohol addiction. Quart. J. Stud. Alcohol 27, 1966, 221-241

- (21) Edwards, G., J. Orford et al.: Alcoholism: a controlled trial of "treatment" and "advice". J. Stud. Alc. 38, 1977, 1004-1031
- (21a) Enrick, C.D.: A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and inter-relation ship of outcome criteria and drinking behavior following treatment.
Quart. J. Stud. Alc. 35, 1974, 523-549
- (21b) Enrick, C.D.: A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment.
J. Stud. Alc. 36, 1975, 88-108
- (22) Feuerlein, W.: Alkoholismus, Mißbrauch und Abhängigkeit: eine Einf. f. Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen. Thieme Stuttgart, 2. Aufl. 1979
- (23) Feuerlein, W.: Über die Lebenserwartung der Alkoholiker. Lebensversicher.-Med. 25, 1973, 49-54
- (24) Feuerlein, W.: Ambulante Behandlung der Alkoholiker. Vortrag, 1. Psychiatrie-Symposion, Landeck 1974
In: Der Alkoholkranke in Klinik und Praxis. Thieme, Stuttgart 1975
- (25) Feuerlein, W.: Psychopathologische Gemeinsamkeiten von Sucht und Suicidhandlungen. Schlesw. Holst. Ärzteblatt 31, 1978, 788-791
- (26) Feuerlein, W., G. Kunstmann: Die Häufigkeit des Alkoholismus. Vergleich zwischen verschiedenen Krankenanstalten. Münch. med. Wschr. 115, 1973, 1991-1996
- (27) Gabriel, E.: Über die Todesursachen bei Alkoholikern. Z. ges. Neurol. Psychiat. 153, 1935, 385-406

- (28) Glatt, M.M.: Treatment results in an english mental hospital alcoholic unit. Acta psychiat. scand 37, 1961 143-189
- (29) Guillespie's, D.G.: The fate of alcoholics, an evaluation of alcoholism follow-up studies.
In: Pittman, D.J. Alcoholism. Harper & Row. New York, Evanston, London, 1967, 159-173
- (30) Gundel, K.: Vergleich der Soziogenese des weiblichen und männlichen Alkoholismus anhand einer Sekundär-Analyse klinischer Daten. Inaug. Diss. München 1972
- (31) Helmchen, H.: Befunde und Anamnesen von klinisch aufgenommenen Alkoholikern. Dtsch. med. J. 23, 1972, 505-509
- (32) Hill, M., H.T. Blane: Evaluation of psychotherapy with alcoholics; a critical review. Quart. J. Stud. Alcohol 28, 1967, 76-104
- (33) Hoffmann, H., A.A. Noem: Social background variables, referral sources and life events of male and female alcoholics. Psychol. Rep. 37, 1975, 1087-1092
- (34) Hoffmann, H., A.A. Noem, D. Petersen: Treatment effectiveness as judged by successfully and unsuccessfully treated alcoholics Drug. Alc. Depend. Lausanne 1, 1976, 241-246
- (35) Hollingshead, B., F.C. Redlich: Social class and mental illness. John Wiley and Son Inc. New York, London, Sydney, 1958
- (36) Holzgreve, W.: Stationäre Behandlung Suchtkranker. Ärztl. Praxis 24, 1972, 4813-4817

- (37) Imber, S., E. Schultz, F. Funderburk et al.: The fate of the untreated alcoholic; toward a natural history of the disorder. J. nerv. ment. Dis. 162/4, 1976, 238-247
- (38) Jellinek, E.M.: The phases of alcohol addiction. Quart. J. Stud. Alc. 13, 1952, 673-684
- (39) Jellinger, K.: Die ambulante Behandlung Alkoholkranker im Genesungsheim Kalksburg; Erfahrungen und Probleme. In: Kryspin-Exner, K.: Theorie und Praxis der Therapie der Alkoholabhängigkeit. Brüder Hollinek, Wien, 1969, 60-91
- (40) Kardos, G.: The problem of symptomatic alcoholism. Endogenous psychoses and "alcoholism". Brit. J. Addict. 64, 1969, 207-218
- (41) Kemper, J.C.: Elektrische Aversionsbehandlung bei chron. Alkoholikern. Inaug. Diss. München 1972
- (42) Kendell, R.E., N. McStaton: Fate of untreated alcoholics. Quart. J. Stud. Alc. 26, 1966, 247-257
- (43) Kessel, W.I.N., G. Grossmann: Suicide in alcoholics. Brit. med. J. 2, 1961, 1671-1672
- (44) Keup, W.: Mißbrauch chemischer Substanzen. 1. Wiss.-Symposion, Tutzing 1974. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Hamm 1975.
(darin auch: Holzgreve, W.: Erfahrungen mit abstinenten Selbsthilfegruppen von Alkoholkranken, 248-252)
- (45) Kryspin-Exner, K.: Schwierigkeiten und Mißerfolge der Therapie von Alkoholkranken in der offenen Trinkerheilstätte. Wien. med. Wschr. 113, 1963, 362-366
- (46) Kryspin-Exner, K.: Psychosen und Prozeßverläufe des Alkoholismus. Ueberreuter, Wien 1966

- (47) Kryspin-Exner, K.: Die offene Anstalt für Alkohol-
kranke in Wien-Kalksburg. Brüder Hollinek, Wien, 1967
- (48) Kutschera, I.: Alkoholiker in der Ambulanz und im
Nervenkrankenhaus. Inaug. Diss. München 1974
- (49) Leesler, D., A.T. Beck: Attempted suicide in alcoholics
and drug addicts. J. Stud. Alc. 36, 1975, 162-164
- (50) Lemere, F., W.L. Voegtlin: An evaluation of the aversion
treatment of alcoholism. Quart. J. Alcohol 11, 1950,
199-206
- (51) Lemere, F.: What happens to alcoholics. Amer. J. Psychiat.
109, 1953, 674-676
- (52) de Lint, J., T. Levinson: Mortality among patients
treated for alcoholism; a 5-year follow-up.
Can. med. Assoc. J. 113, 1975, 385-387
- (53) Lipscomp, W.R.: Mortality among treated alcoholics.
Quart. J. Alcohol 20, 1959, 596-603
- (54) Lisansky, E.: Alcoholism in women: social and psycho-
logical concomitants. Quart. J. Stud. Alcohol 18, 1957,
588-621
- (55) Ludwig, A.M.: On and off the wagon; reasons for drinking
and abstaining by alcoholics. Quart. J. Stud. Alcohol 33,
1972, 91-96
- (56) Lundquist, G.A.R.: Klinische und soziokulturelle As-
pekte des Alkoholismus.
In: Gruhle, H.W. u.a., Psychiatrie der Gegenwart,
Bd. II/2 Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1972,
363-388

- (57) Mayfield, D.G., D. Montgomery Alcoholism, alcohol intoxication an suicide attemps. Arch. gen. Psychiat. 27, 1972, 349-353
- (58) Medhus, A.: Mortality among female alcoholics. Scand. J. soc. med. 3, 1975, 111-115
- (59) Menge, W.O.: Mortality experience among cases involving alcoholics habits.
Proc. Home Office Life Underwriters Assoc. New York 1950
- (60) Menninger, K.A.: Man against himself.
Harcourt, Brace, New York, 1938
- (61) Mindlin, D.F.: Fate characteristics of alcoholics as related to prediction of therapeutic outcome. Quart. J. Stud. Alcohol 20, 1959, 604-619
- (62) Moore, R.A., T.K. Buchanan: State hospitals and alcoholism; a nation-wide survey of treatment techniques and results. Quart. J. Stud. Alcohol 27, 1966, 459-468
- (63) Norvig, J., B. Nielsen: A follow-up study of 221 alcohol addicts in Denmark. Quart. J. Stud. Alcohol 17, 1956, 633-642
- (64) Orford, J., E. Oppenheimer, S. Egert, C. Hensman, S. Guthrie: The cohesiveness of alcoholism complicated marriages and its influence on treatment outcome.
Br. J. Psychiatry 128, 1976, 318-39
- (65) Pattison E.M.: A conceptual approach to alcoholism treatment goals. Addict. Behav. Oxfort 1976, 177-192
- (66) Pearl, R.: Alcohol and longevity. Knopf, New York 1926, 273

- (67) Piazzzi, A., R. Auert, J. Müller, G. Sadowski, B. Schmidtbreick, G. Steger: Katamnestische Erhebung bei 180 Alkoholikern, bei denen 1969/70 eine ambulante Behandlung begonnen wurde. Suchtgefahren 22, 1976, 21-26
- (68) Robson, R.A.: An evaluation of the effects of treatment on the rehabilitation of alcoholics. Alc. Found. Brit. Columbia, Vancouver, B.C., 1963
- (69) Rosenbaum, B.: Married women alcoholics at the Washingtonian Hospital. Quart. J. Stud. Alcohol 19, 1958, 79-89
- (70) Rosenblatt, S., M.M. Gross, S. Chartoff: Marital status and multiple psychiatric admissions for alcoholism. Quart. J. Stud. Alcohol 30, 1969, 445-452
- (71) Rushing, W.A.: Alcoholism and suicide rates by status set and occupation. Quart. J. Stud. Alcohol 29, 1968, 399-412
- (72) Schmidt, W., J. de Lint: Causes of death of alcoholics. Quart. J. Stud. Alcohol 33, 1972, 171-185
- (73) Schmidt, W., R.G. Smart, M.K. Moss: Social class and the treatment of alcoholism. An investigation of social class as a determinant of diagnosis, prognosis and therapy. University of Toronto Press, 1968
- (74) Schmidtbreick, B.: Suizid und Suizidversuch bei Suchtkranken. In: Ringel, E. u.a. : Sucht und Suizid, Freiburg 1976, 37-53
- (75) Selzer, M.L., W.H. Holloway: A follow-up of alcoholics committed to a state hospital. Quart. J. Stud. Alcohol 18, 1957, 98-120

- (76) Solms, H.: Les résultats de l' alcoolisme chronique.
Z. Präventivmed. 7, 1962, 309
- (77) Sundby, P.: Alcohol and mortality. Publication Division,
Rutgers Center of Alcoholic Studies, New Brunswick
New Jersey, 1967
- (78) Tillotson, K.J., R. Fleming: Personality and sociologic
factors in the prognosis and treatment of chronic
alcoholism. New Engl. J. Med. 217, 1937, 611
- (79) Vannicelli, M., B. Pfau, R.S. Ryback: Data attrition in
follow-up studies of alcoholics. J. Stud. Alc. 37, 1976,
1325-1329
- (80) Voegtlin, W., F. Lemere: The treatment of alcohol
addiction a review of the literature. Quart. J. Stud.
Alcohol 2, 1942, 717-803
- (81) Vogler, R.E., S.E. Lunde, P.L. Martin: Electrical aver-
sion conditioning with chronic alcoholics : follow-up
and suggestion for research. J. Cons. Psychol. 36, 1971,
450
- (82) Wieser, S.: Alkoholismus III : Katamnesen und Prognosen.
Fortschr. Neurol. Psychiat. 34, 1966, 565-588
- (83) Wieser, S., E. Kunad: Katamnestiche Studien beim
chronischen Alkoholismus und zur Frage von Sozial-
prozessen bei Alkoholikern. Nervenarzt 36, 1965, 477-483
- (84) Wieser, S.: Über das Trinkverhalten. Fortschr. Neurol.
Psychia Grenzgeb. 36, 1968, 485-509
- (85) Wieser, S.: Psychotherapie und Soziotherapie des
Alkoholismus. In: Gruhle, H.W. u.a., Psychiatrie der
Gegenwart. Bd. II/2. Springer, Berlin, Heidelberg,
New York, 1972, 433-468

- (86) Wieser, S.: Familienstruktur und Rollendynamik von Alkoholikern. In: Gruhle, H.W. u.a., Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II/2. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1972, 407-432
- (87) World Health Organization: Techn. Report Ser. 48, 1952
- (88) Yasargil, G.: Erfahrungen über die Behandlung des chronischen Alkoholismus mit den Methoden des sog. bedingten Reflexes. Beihefte Alkoholfrage i.d. Schweiz. Schwabe, Basel 1952
- (89) Zuber, H.: Entstehungsbedingungen des chronischen Alkoholismus und Behandlungsergebnisse der Disulfiramkur. Beiträge zur Alkoholfrage in der Schweiz, 34, 1960, 58

VIII. Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1

Eingangsd Diagnose insgesamt nach Geschlecht und Behandlungsort

n = 201

Diagnose	Text	ICD-Nr.	Anzahl		Behandlungsort	
			insgesamt	männl. weibl.	Polikl. Klinik	Poli-u.Kl.
episodischer		303.0	11(5%)	10(7%) 1(2%)	9(7%) 1(5%)	1(3%)
gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch		303.1	28(14%)	25(17%) 3(5%)	18(13%) 3(11%)	7(19%)
chron. Alkohol- mißbrauch		303.2	108(54%)	76(52%) 32(58%)	97(70%) 3(11%)	8(22%)
nicht näher bez. Alkoholmißbrauch		303.9	5(2%)	4(3%) 1(2%)	4(3%) 0	1(3%)
Medikamentenmiß- brauch		304.	1(1%)	1(1%) 0	0 0	1(3%)
Alkoholpsychose		291.	12(6%)	7(5%) 5(9%)	4(3%) 3(11%)	5(13%)
Rest			36(18%)	23(15%) 13(24%)	6(4%) 16(62%)	14(37%)
Zusammen			201 (100%)	146 (100%) 55 (100%)	138 (100%) 26 (100%)	37 (100%)

Tabelle 2Alter und Geschlechtn = 201

Alter	Anzahl	männl.	weibl.
10-19	3	2	1
20-29	39	30	9
30-39	67	43	24
40-49	56	41	15
50-59	21	17	4
60-69	15	13	2
10-69	201	146	55
10-39	109	75	34
40-69	92	71	21

Tabelle 3Entfernung MPIP zum damaligen Wohnortn = 201

unter 10 km	124 (62%)
unter 20 km	43 (21%)
unter 30 km	6 (3%)
unter 40 km	3 (1%)
unter 50 km	5 (3%)
50 - 100 km	6 (3%)
über 100 km	14 (7%)

Tabelle 4Kostenträger der Behandlungn = 201

Sozialamt	7 (3%)
RVO - oder BKK	99 (50%)
Ersatzkasse	43 (21%)
Privatkasse	47 (23%)
unbekannt	5 (3%)

Tabelle 5Familienstand und Geschlechtn = 201

	zus.	männl.	weibl.
ledig	60 (30%)	39 (27%)	21 (38%)
verheiratet	96 (48%)	75 (51%)	21 (38%)
getrennt	6 (3%)	3 (2%)	3 (5%)
geschieden	33 (16%)	26 (18%)	7 (13%)
verwitwet	6 (3%)	3 (2%)	3 (5%)
	201 (100%)	146 (100%)	55 (100%)

Tabelle 6Entlassen zu (damalige familiäre Verhältnisse)n = 201

niemandem	52 (26%)
eigener Familie	93 (47%)
Kindern	5 (2%)
Eltern, sonst.	38 (19%)
Lebensgefährten	4 (2%)
sonst., unbek.	9 (4%)

Tabelle 7Art der Schulbildung (maßgebend letzte besuchte Schule)n = 201

Volksschule	105 (52%)
Mittel-, Handelsschule	20 (10%)
Mittlere Reife	30 (15%)
Abitur	43 (21%)
unbekannt	3 (2%)

Tabelle 8Berufsverhältnis zur Zeit der Behandlungn = 201

Arbeiter	57 (28%)
Angestellter oder Beamter	67 (34%)
Selbständiger, Freiberufler	29 (14%)
in Ausbildung stehend	8 (4%)
Rentner, Pensionist	17 (9%)
berufslos	2 (1%)
Hausfrau ohne Nebenbeschäftigung	13 (6%)
Hausfrau mit Nebenbeschäftigung	8 (4%)

Tabelle 9Soziale Schichtn = 201

untere Unterschicht	9 (4%)
obere Unterschicht	110 (55%)
untere Mittelschicht	59 (30%)
obere Mittelschicht	13 (6%)
Oberschicht	0
Studenten	6 (3%)
in Ausbildung (über 17 J.)	2 (1%)
berufslos	2 (1%)

Tabelle 10Vorbehandlung (stationär) wegen Alkoholabususn = 201

negiert	61 (30%)
Nervenklinik	19 (10%)
„Trinkerheilanstalt“	3 (1%)
Allgemeinkrankenhaus	85 (43%)
Nervenklinik u. sonst. Krh.	24 (12%)
Nervenklinik u. Trinkerheilstätte	7 (3%)
Trinkerheilst. u. sonst. Krh.	2 (1%)

Tabelle 11Ambulante Vorbehandlung wegen Alkoholeabususn = 201

negiert	71 (30%)
Arzt	111 (56%)
A.A., sonst. Beratungsstelle	6 (3%)
Arzt und A.A. oder sonst.	10 (5%)
unbekannt	3

Tabelle 12Mißbrauch und Abhängigkeit (außer Alkohol und Nikotin)n = 201

negiert	150 (75%)
Medikamentenmißbrauch einer Drogengruppe	31 (16%)
Medikamentenmißbrauch mehrerer Drogengruppen	13 (6%)
Sucht einer Drogengruppe	1 (1%)
Sucht mehrerer Drogengruppen	1 (1%)
unbekannt	5

Tabelle 13Behandlungsform der Psychotherapien = 201

keine	145 (73%)
Einzeltherapie	23 (11%)
Gruppentherapie	23 (11%)
Infogruppe	6 (3%)
Einzel- und Gruppentherapie	2 (1%)
Einzeltherapie und Infogruppe	1 (1%)

Tabelle 14„Gezielt“ zur Ärztlichen Nachbehandlung überwiesen an:n = 201

niemanden	125	(63%)
Hausarzt	8	(4%)
Nervenarzt	13	(6%)
andere psychiatrische Krh. (auch amb.)	11	(5%)
eigene Ambulanz	15	(7%)
sonst. Krh.	6	(3%)
„Trinkerheilstätte“	14	(7%)
sonstiges Kurheim	5	(3%)
unbekannt	4	

Tabelle 15Gezielt zur Nachbetreuung überwiesen an:n = 201

niemanden	151	(76%)
A.A.	3	(1%)
sonst. Selbsthilfegruppen	10	(5%)
Suchtberatungsstelle	6	(3%)
Sozialarbeiter, Bewährungshelfer	15	(7%)
Gesundheitsamt	3	(1%)
Psychologen	3	(1%)
sonstige	5	(2%)
unbekannt	5	

Tabelle 16Informationen über Patienten von dritter Seiten = 201

24 (12%)	keine
22 (11%)	von Angehörigen
17 (8%)	von Haus- oder Nervenarzt
23 (11%)	von Krankenhaus
4 (2%)	Gesundheitsamt
55 (27%)	von Angehörigen und mehreren sonstigen
56 (28%)	von mehreren sonstigen

Tabelle 17Informationsdichten = 201

Information	Anzahl
von Patienten und Dritten (u. Angehörigen)	63 (32%)
von Pat. und Dritten (ohne Angehörige)	56 (28%)
nur von Pat.	16 (8%)
nur von Dritten	27 (13%)
Verstorbene	31 (15%)
keinerlei („Schwundpatienten“)	8 (4%)

Tabelle 18Nachsorge und Behandlungsortn = 201

Nachsorge	Behandlungsort			zusammen
	Polikl.	Klinik	P.u.K.	
Ja, gemäß Überweisung	39 (28%)	14 (54%)	22 (59%)	75 (37%)
nicht gemäß Überw.	39 (28%)	5 (19%)	6 (16%)	50 (25%)
keine	36 (26%)	5 (19%)	4 (11%)	45 (23%)
unbekannt/entf.	24 (18%)	2 (8%)	5 (14%)	31 (15%)
zusammen	138	26	37	201

Tabelle 19Nachsorge und Familienstandn = 201

Nachsorge	Familienstand					
	ledig	verh.	getr.	gesch.	verw.	zus.
ja, gem. Überw.	27(45%)	34(35%)	4(67%)	8(24%)	2(33%)	75 (37%)
nicht gemäß	13(22%)	28(29%)	0	8(24%)	1(17%)	50 (25%)
keine Nachs.	13(22%)	19(20%)	0	10(30%)	3(50%)	45 (23%)
unbek./entf.	7(11%)	15(16%)	2(33%)	7(22%)	0	31 (15%)
zusammen	60	96	6	33	6	201

Tabelle 20Nachsorge und ärztliche Nachbehandlungn = 108

ärztliche Nachbehandlung	Nachsorge		
	gemäß Überw.	nicht gemäß/keine	zus.
Hausarzt	6 (13%)	41 (87%)	47(100%)
Nervenarzt	11 (78%)	3 (22%)	14(100%)
psychiatrische Krh.	7 (87%)	1 (13%)	8(100%)
Poliklinik	9 (100%)	0	9(100%)
sonst.Krh.	4 (80%)	1 (20%)	5(100%)
„Trinkerheilanstalt“	7 (100%)	0	7(100%)
Kurheim	9 (90%)	1 (10%)	10(100%)
mehrere	7 (87%)	1 (13%)	8(100%)
zusammen	60	48	108

Tabelle 21Alkoholkonsum und Geschlechtn = 142

	n	Männer	Frauen
totale Abstinenz	34(24%)	23(23%)	11(26%)
mäßig, sozial angepaßt	24(17%)	13(13%)	11(26%)
mäßig, nicht angepaßt	3(2%)	3(3%)	
Rückfall	81(57%)	62(62%)	19(45%)

Tabelle 22Alter und Alkoholkonsumn = 142

Alter	total abst.	mäßig,soz.	mäßig,unsoz.	Rückfall
10-19	0	0	0	3 (100%)
20-29	7 (28%)	3 (12%)	0	15 (60%)
30-39	12 (26%)	6 (13%)	0	28 (61%)
40-49	8 (18%)	11 (26%)	2 (3%)	22 (51%)
50-59	3 (20%)	2 (13%)	1 (7%)	9 (60%)
60-69	4 (40%)	2 (10%)	0	4 (40%)
10-39	19 (26%)	9 (12%)	0	46 (62%)
40-69	15 (22%)	15 (22%)	3 (4%)	35 (52%)

Tabelle 23Familienstand und Alkoholkonsumn = 142

Familienstand	tot. abst.	mäßig,soz.	mäßig,unsoz.	Rückfall
ledig	13 (30%)	5 (11%)	0	26 (59%)
verheiratet	15 (21%)	17 (24%)	2 (3%)	37 (52%)
geschieden	4 (18%)	2 (9%)	1 (5%)	15 (68%)
verwitwet	2 (40%)	0	0	3 (60%)

Tabelle 24Behandlungsort und Alkoholkonsumn = 142

Behandlungsort	tot.abst.	mäßig,soz.	mäßig,unsoz.	Rückfall
Poliklinik	21 (21%)	15 (15%)	0	63 (64%)
Klinik	4 (20%)	5 (30%)	0	9 (50%)
Polikl. u. Klinik	9 (36%)	4 (16%)	3 (12%)	9 (36%)

Tabelle 25Aversionstherapie und Alkoholkonsumn = 142

	total abst.	mäßig,soz.	mäßig,unsoz.	Rückfall	unb./en
Aversions- therapie	5 (42%)	1 (9%)	1 (9%)	5 (42%)	3
keine	29 (22%)	23 (18%)	2 (2%)	76 (58%)	

Tabelle 26Gruppentherapie und Alkoholkonsumn = 142

Gruppenth.	abstinent	mäßig,soz.	mäßig, unsoz.	Rückfall	zusammen
ja	7 (39%)	2 (11%)	1 (6%)	8 (44%)	18 (100%)
nein	27 (22%)	22 (18%)	2 (1%)	73 (59%)	124 (100%)
zus.	34	24	3	81	142

Tabelle 27Durchgeführte Nachbetreuung und Alkoholkonsumn = 142

Nachbetreuung	abstinent	mäßig,soz.	mäßig,unsoz.	Rückfall
keine	14 (15%)	22 (23%)	2 (2%)	58 (60%)
A.A.u.Selbst- hilfegruppe	6 (55%)	0	0	5 (45%)
sonst. mehrere	12 (40%)	2 (7%)	1 (3%)	15 (50%)
unbek.	2 (40%)	0	0	3 (60%)
zusammen	34	24	3	81

Tabelle 27aDurchgeführte Nachbetreuung und Alkoholkonsumn = 142

Nachbetreuung	abstinent	mäßig,soz.	mäßig,unsoz.	Rückfall
ja	18 (44%)	2 (5%)	1 (2%)	20 (49%)
unbek./keine	16 (16%)	22 (22%)	2 (2%)	61 (60%)
zusammen	34	24	3	81

Tabelle 28Ärztliche Nachbehandlung und Alkoholkonsumn = 142

Nachbehandlung	abstinent	mäßig,soz.	mäßig,unsoz.	Rückfall
keine	11 (22%)	12 (24%)	o	27 (54%)
Hausarzt	6 (14%)	6 (14%)	1 (2%)	31 (70%)
Nervenarzt	3 (27%)	1 (9%)	1 (9%)	6 (55%)
psychiatr. Krh.	4 (80%)	o	o	1 (20%)
Poliklinik	2 (33%)	1 (17%)	1 (17%)	2 (33%)
Trinkerheilst.	3 (50%)	o	o	3 (50%)
Kurheim	2 (25%)	1 (12%)	o	5 (63%)
mehrere	2 (25%)	3 (37%)	o	3 (37%)
unbekannt	1 (25%)	o	o	3 (75%)
zusammen	34	24	3	81

Tabelle 28aÄrztliche Nachbehandlung und Alkoholkonsumn = 142

Nachbehandlung	abstinent	mäßig,soz.	mäßig, unsoz.	Rückfall
ja	22 (25%)	12 (14%)	3 (3%)	51 (58%)
nein	12 (22%)	12 (22%)	o	30 (56%)
zusammen	34	24	3	81

Tabelle 37a (siehe auch Seite 87)Ärztliche Nachbehandlung und Psychopharmakan = 129

Nachbehandlung	keine	therapeutisch	Mißbrauch	zusammen
Hausarzt	20 (50%)	14 (35%)	6 (15%)	40 (100%)
sonst. Therap.	20 (50%)	9 (22%)	11 (28%)	40 (100%)
unbek./entf.	32 (65%)	8 (16%)	9 (19%)	49 (100%)

Tabelle 29Nachsorge und Alkoholkonsumn = 137

Nachsorge	abstinent	mäßig,soz.	mäßig,unsoz.	Rückfall	zusammen
gemäß Überweisung	19 (34%)	6 (11%)	2 (3%)	29 (52%)	56(100%)
nicht gem. Überweisung	7 (16%)	8 (18%)	1 (3%)	27 (63%)	43(100%)
keine Nachs.	5 (13%)	9 (24%)	o	24 (63%)	38(100%)
zusammen	31	23	3	80	137

Tabelle 30Nachsorge (ja/nein) und Alkoholkonsumn = 137

Nachsorge	abstinent	mäßig,soz.	mäßig,unsoz.	Rückfall	zusammen
ja	26 (26%)	14 (14%)	3 (3%)	56 (56%)	99(100%)
nein	5 (13%)	9 (24%)	o	24 (63%)	38(100%)
zusammen	31	23	3	80	137

Tabelle 31Medikamentenmißbrauch zu Beginn des kZr und aktueller Konsumvon Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie Rauschdrogen n = 128

Medikamentenmißbrauch	Schlaf- und Beruhigungsmittel			Rauschdrogen	zusammen
	keine	therap.	Mißbrauch		
keine	60(61%)	28(28%)	11(11%)	o	99 (100%)
Medikamentenmißbrauch einer Gruppe	8(50%)	2(12%)	6(38%)	o	16 (100%)
Medikamentenmißbrauch mehrerer Gruppen	1(9%)	1(9%)	8(73%)	1(9%)	11 (100%)
Sucht	1(50%)	o	1(50%)	o	2 (100%)
zusammen	70	31	26	1	128

Tabelle 32Geschlecht und Konsum von „Psychopharmaka“n = 129

	„Psychopharmaka“			
	keine	therapeutisch	Mißbrauch	zusammen
Männer	51 (57%)	25 (28%)	14 (15%)	90 (100%)
Frauen	21 (54%)	6 (15%)	12 (31%)	39 (100%)
zusammen	72	31	26	129

Tabelle 33Alter und Psychopharmakan = 129

Alter	keine	therapeutisch	Mißbrauch	zusammen
10-39	32 (50%)	15 (23%)	17 (27%)	64 (100%)
40-69	40 (61%)	16 (25%)	9 (14%)	65 (100%)
zusammen	72	31	26	129

Tabelle 34Familienstand und Psychopharmakan = 129

Familienstand	keine	therapeutisch	Mißbrauch	zusammen
ledig	17 (46%)	8 (22%)	12 (32%)	37 (100%)
verheiratet	43 (64%)	18 (26%)	7 (10%)	68 (100%)
geschieden	11 (58%)	3 (16%)	5 (26%)	19 (100%)
verwitwet	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	5 (100%)
getrennt	0	0	0	0
zusammen	72	31	26	129

Tabelle 35Behandlungsort und Psychopharmakan = 129

Behandlungsort	keine	therapeutisch	Mißbrauch	zusammen
Poliklinik	53 (60%)	21 (23%)	15 (17%)	89 (100%)
Klinik	9 (50%)	2 (11%)	7 (39%)	18 (100%)
Poliklinik u. Klinik	10 (46%)	8 (36%)	4 (18%)	22 (100%)
zusammen	72	31	26	129

Tabelle 36Nachbetreuung und Psychopharmakan = 129

Nachbetreuung	keine	therapeutisch	Mißbrauch	zusammen
ja	21 (55%)	9 (24%)	8 (21%)	38 (100%)
nein	51 (56%)	22 (24%)	18 (20%)	91 (100%)
zusammen	72	31	26	129

Tabelle 37Ärztliche Nachbehandlung und Psychopharmakan = 129

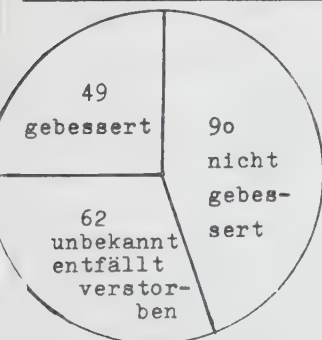
Nachbehandlung	keine	therapeutisch	Mißbrauch	zusammen
Hausarzt	20 (50%)	14 (35%)	6 (15%)	40 (100%)
Nervenarzt	5 (50%)	1 (10%)	4 (40%)	10 (100%)
psychiatr. Krh.	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	4 (100%)
Poliklinik	3 (50%)	2 (33%)	1 (17%)	6 (100%)
Allgemein-Krh.	0	0	0	0
Trinkerheilst.	3 (60%)	0	2 (40%)	5 (100%)
Kurheim	2 (24%)	3 (38%)	3 (38%)	8 (100%)
mehrere	5 (71%)	2 (29%)	0	7 (100%)
unbek./entf.	32 (65%)	8 (16%)	9 (18%)	49 (100%)
zusammen	72	31	26	129

Tabelle 38Nachsorge und Psychopharmakan = 127

Nachsorge	keine	therapeutisch	Mißbrauch	zusammen
gemäß Überw.	27 (53%)	10 (20%)	14 (27%)	51 (100%)
nicht gemäß Überweisung	21 (53%)	14 (35%)	5 (12%)	40 (100%)
keine Nachs.	22 (61%)	7 (19%)	7 (19%)	36 (100%)
zusammen	70	31	26	127

Tabelle 39Alkoholkonsum und Psychopharmakan = 201

Alkohol	Psychopharmaka				
	keine	therapeutisch	Mißbrauch	unbek./entf.	zus.
abstinent	15 (21%)	11 (35%)	5 (19%)	3 (4%)	34
mäßig, soz.	19 (26%)	4 (13%)	1 (4%)	0	24
mäßig, unsoz.	1 (1,5%)	2 (7%)	0	0	3
Rückfall	36 (50%)	14 (45%)	20 (77%)	11 (15%)	81
unbek./entf.	1 (1,5%)	0	0	58 (81%)	59
zusammen	72 (100%)	31 (100%)	26 (100%)	72 (100%)	201

Abbildung 1Konsum von Alkohol und Psychopharmakan = 201

Gebessert: Abstinenz oder mäßiger Konsum von Alkohol und Psychopharmaka bei sozialer Anpassung

Nicht gebessert: mäßiger Alkoholkonsum ohne soziale Anpassung oder totaler Rückfall bzw. Medikamentenmißbrauch

Tabelle 40

Stationäre Wiederaufnahmen im katamnestischen Zeitraum
n = 201

Stationäre Wiederaufnahmen	Anzahl der Patienten
1	45 (23%)
2	13 (7%)
3	20 (10%)
4	7 (3%)
5	7 (3%)
6	1 (0,5%)
7	5 (2%)
8	0
9	1 (0,5%)
unbek./keine	102 (51%)
zusammen	201 (100%)

Tabelle 41

Hauptdiagnosen bei stationären Wiederaufnahmen im kZr
n = 254

Text	ICD-Nr.	Anzahl
Alkoholismus	303.	102
Alkoholpsychosen (Del.tremens)	291.	29
Medikamentenabhängigkeit	304.	16
Psychopathien , Charakterneurosen	301.	13
Neurosen	300.	12
Psychosen	294.	9
Schizophrenie	295.	9
Abnorme Erlebnisreaktion	307.	9
Affektive Psychosen	296.	3
Paranoide Syndrome	297.	2
Reaktive depressive Syndrome	298.	2
Rest (diverse)		48

Tabelle 42Alter, Wiederauftreten schwerer psychischer Störungen und stationäre Wiederaufnahmenn = 201

Alter	Wiederauftreten psych.St.			zusammen
	ja	nein	unbek.	
10-39	69(63%)	27(25%)	13(12%)	109(100%)
40-69	43(47%)	36(39%)	13(14%)	92(100%)
zus.	112	63	26	201

Alter	stat. Wiederaufnahmen			zusammen
	ja	nein	unbek.	
10-39	62(57%)	33(30%)	14(13%)	109(100%)
40-69	37(40%)	45(49%)	10(11%)	92(100%)
zus.	99	78	24	201

Tabelle 43Familienstand und Wiederauftreten schwerer psychischer Störungenn = 201

Familienstand	ja	nein	unbek./entf.	zusammen
ledig	43(72%)	14(23%)	3(5%)	60(100%)
getrennt	5(83%)	0	1(17%)	6(100%)
geschieden	22(67%)	5(15%)	6(18%)	33(100%)
verwitwet	4(67%)	2(33%)	0	6(100%)
Summe	74(70%)	21(20%)	10(10%)	105(100%)
verheiratet	38(40%)	42(44%)	16(16%)	96(100%)
Zusammen	112	63	26	201

Tabelle 44Behandlungsort und stationäre Wiederaufnahmen = 201

Anzahl der Wiederaufnahmen	Poliklinik	Klinik	Polikl.u.Klinik	insgesamt
keine	73(53%)	16(62%)	13(35%)	102(51%)
eine	32(23%)	5(19%)	8(22%)	45(22%)
zwei	9(7%)	3(12%)	1(3%)	13(6%)
drei	12(9%)	2(7%)	6(16%)	20(10%)
vier	4(3%)	0	3(8%)	7(3%)
fünf	3(2%)	0	4(11%)	7(3%)
sechs	1(1%)	0	0	1(1%)
sieben	4(3%)	0	1(3%)	5(2%)
acht	0	0	0	0
neun	0	0	1(3%)	1(1%)
zusammen	138(100%)	26(100%)	37(100%)	201(100%)

Tabelle 45Nachsorge und Wiederauftreten schwerer psychischer Störungenn = 201

Nachsorge	Wiederauftreten psych.St.		unbek.
	ja	nein	
gemäß Überweisung	51(68%)	19(25%)	5(7%)
nicht gemäß Überweisung	24(48%)	24(48%)	2(4%)
keine	27(60%)	17(38%)	1(2%)
unbek.	10	3	18

Tabelle 46

Alkoholiker, Todesfälle und Todesursachen nach Alter und Geschlecht

n = 201

M = Männer; F = Frauen; Z = zusammen;

Alter	Alkoholiker		Z	Todesfälle		
	M	F		M	F	Z
10-39	75(69%)	34(31%)	109(100%)	14(82%)	3(18%)	17(100%)
40-69	71(77%)	21(23%)	92(100%)	12(86%)	2(14%)	14(100%)
10-69	146(73%)	55(27%)	201(100%)	26(84%)	5(16%)	31(100%)

Alter	Selbstmord			Unfall			Kreislauf			Leber, Galle		
	M	F	Z	M	F	Z	M	F	Z	M	F	Z
10-39	4	0	4	2	1	3	2	1	3	4	1	5
40-69	5	1	6	0	0	0	3	0	3	4	1	5
10-69	9	1	10	2	1	3	5	1	6	8	2	10

Tabelle 47Berufstätigkeit zu Beginn und am Ende des katamnästischen Zeitraumsn = 201

Berufstätigkeit	zu Beginn	am Ende des kZr
in Arbeit	121 (60%)	84 (42%)
keine Arbeit (ge- kündigt, berufslos, Rentner, Hausfrau)	80 (40%)	71 (35%)
verstorben		31 (15%)
unbekannt		15 (8%)
zusammen	201 (100%)	201 (100%)

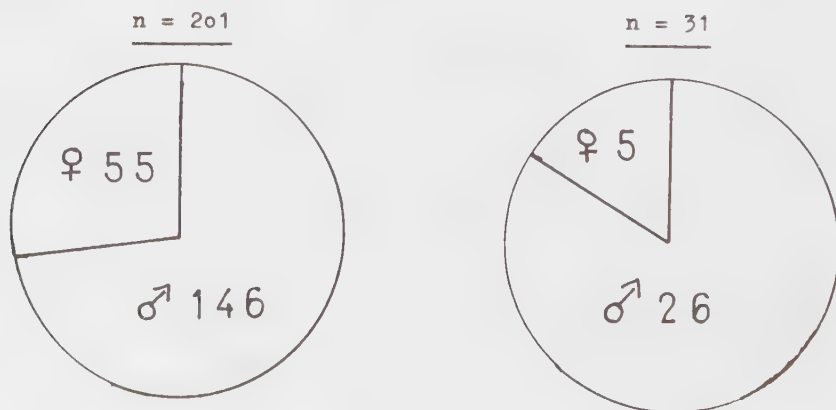
Abbildung 2Alkoholiker und Todesfälle nach Geschlecht

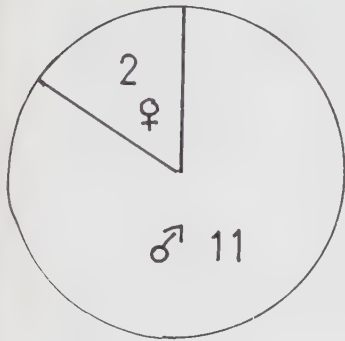
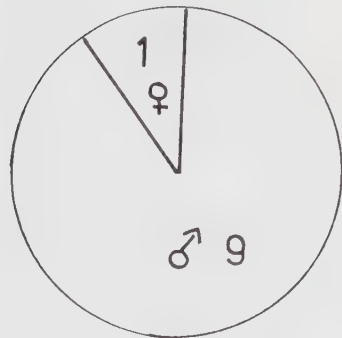
Abbildung 3Todesursachen: Unfall und Suizid nach Geschlechtn = 13Abbildung 4Todesursache Suizid nach Geschlechtn = 10Abbildung 5Todesursachenn = 31

Tabelle 48

Schulbildung nach Geschlecht, Alter und Behandlungsort (Prozentangaben in Klammer)

n = 201

Schule	Summe	Männer	Frauen	Polikl.	Klinik	Polikl.u.Kl.	unter 40 J.	über 40 J.
Volksschule	105(53)	85(58)	20(36)	82(59)	8(31)	15(40)	59(54)	46(50)
Mittlere Reife, Mittelsch.	50(25)	29(20)	21(38)	34(25)	7(27)	9(25)	27(25)	23(25)
Abitur	43(21)	30(21)	13(24)	22(16)	8(31)	13(35)	23(21)	20(22)
unbek.	3(1)	2(2)	1(1)	0	3(11)	0	0	3(3)

Tabelle 49

Beruf zur Zeit der Behandlung verglichen mit Geschlecht, Behandlungsort und Alter

n = 201

Berufsverh.	Summe	Männer	Frauen	Polikl.	Klinik	Polikl.u.Kl.	unter 40 J.	über 40 J.
Arbeiter	57(29)	52(36)	5(10)	51(37)	2(8)	4(11)	38(35)	19(21)
Angest./Beamter	67(33)	47(32)	20(36)	43(31)	8(30)	16(43)	37(34)	30(33)
Selbst./Freiberufler	29(14)	26(18)	3(5)	15(11)	4(15)	10(27)	13(12)	16(17)
in Ausbildung	8(4)	4(3)	4(7)	4(3)	2(8)	2(5)	8(7)	0
Rentner/Pens.	17(8)	15(10)	2(4)	11(8)	4(15)	2(5)	1(1)	16(17)
beruflos	2(1)	2(1)	0	2(1)	0	0	2(2)	0
Hausfrau ohne Nebenbesch.	13(7)	0	13(23)	8(6)	2(8)	3(9)	6(5)	7(7)
Hausfrau mit Nebenbesch.	8(4)	0	8(15)	4(3)	4(15)	0	4(3)	4(4)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all denen Dank sagen, die mir mit Rat und Tat bei der Durchführung der katamnästischen Untersuchung und der Dissertation zur Seite standen. Zu allererst habe ich meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. W. Feuerlein, für die Überlassung des Dissertationsthemas, die vielen hilfreichen Ratschläge und die geduldige Aufmunterung zur Abfassung der Arbeit zu danken. Für die Unterstützung durch viele Mitarbeiter des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München bin ich v.a. dem geschäftsführenden Institutsdirektor, Herrn Prof. Dr. D. Ploog, zu großem Dank verpflichtet. Für die Unterstützung bei Fragen statistischer Art danke ich Frau Dr. Zimmermann vom Bayerischen Statistischen Landesamt in München und ihren Mitarbeitern sowie Herrn Dr. Hansert, Frau Irmann und ihren Mitarbeitern vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Abteilung Dokumentation. Vielen Dank auch den ärztlichen Direktoren der Kliniken, deren Archive ich benutzen durfte und die mir Krankengeschichten zur Einsicht überließen. Dank den Leitern der Gesundheitsämter, die mir Einsicht in Totenscheine gewährten. Auch den verantwortlichen Leitern von Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen statte ich für die Unterstützung Dank ab. Vielen Mitarbeitern von Einwohnermeldeämtern bin ich für die Adressenermittlungen zu Dank verpflichtet.

Vor allem aber muß ich der Enquete-Kommission danken für die materielle Absicherung der Datenerhebung.

Nicht zuletzt bin ich Frau Vogl, der Sekretärin von Prof. Feuerlein, für ihre Mithilfe und aufmunternden Worte zu Dank verpflichtet sowie all den Patienten und deren Angehörigen, die durch ihre Mitarbeit die Erhebungen ermöglichten.

LEBENS LAUF

11.1.1948 geboren in Aschaffenburg, als 3. Kind der Eheleute Peter und Margaretha Müller, geb. Immerschitt

1954-1958 Volksschule

1958-1967 mathematisch-naturwissenschaftliches Gymnasium

Juli 1967 Abitur

Oktober 1967 bis Dezember 1968 Grundwehrdienst

Ab Sommersemester 1969 Studium der Humanmedizin an der LMU München

Oktober 1970 Vorphysikum mit "gut"

April 1972 Physikum mit "befriedigend"

Dezember 1975 Staatsexamen mit "sehr gut" jeweils an der LMU München

April 1976 bis September 1976 Medizinalassistent (Innere) Universität Ulm

Januar 1977 bis Juni 1977 Medizinalassistent (Chirurgie) Kreiskrankenhaus Krumbach/Schwaben

September 1977 Approbation als Arzt

Oktober 1977 bis Dezember 1979 Gruppenarzt an der Kurklinik der LVA Schwaben in Buching bei Füssen

Vom Januar bis Oktober 1980 Assistenzarzt an der Zentralen Anaesthesieabteilung des Landkreises Ostallgäu

Ab November 1980 Assistenzarzt auf der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Marktoberdorf im Ostallgäu

Ausbildungsziel: Arzt für Allgemeinmedizin

